

Partageons Notre Savoir-Faire

N°76 - OCTOBRE 2012 - www.lefildentaire.com

Échecs et complications en implantologie

LE FIL DENTAIRE RESTE **GRATUIT**
MAIS IL FAUT IMPÉRATIVEMENT LE DEMANDER
avant le 30/11/2012
Voir modalités en page 3

Coup d'envoi


Images de Marques

Notre éditorial du mois dernier (LFD 75 sept. 2012) a donné le coup d'envoi. Et « vous avez bien envoyé ! » dirait le journaliste sportif. Nous avons plaisir chaque jour à ouvrir notre boîte à lettre et consulter les statistiques de notre site web pour découvrir combien vous êtes nombreux à souhaiter « garder le Fil ».
Pour les retardataires ou encore ceux qui n'ont pas pris connaissance de notre dernier édito spécial, on joue les prolongations jusqu'au **30 novembre 2012**.
Actionnons le « replay » : le terrain économique est très pénalisant pour la presse en général et pour les « gratuits » en particulier qui souffrent de la trêve des investisseurs faute de budget. De leur côté, les « Verts » nous rappellent à l'ordre sur la nécessité de préserver l'environnement.
Arrêt de jeu !
Dans ce contexte, doit-on perpétuer l'envoi du Fil Dentaire à toute la profession ou mettre en touche ceux qui n'en démontrent pas l'intérêt. Nous avons du arbitrer et il en résulte que :
LE FIL DENTAIRE demeure **gratuit** mais sera désormais envoyé à ceux qui en émettront le souhait, nos supporters en quelque sorte.
Alors n'attendez pas, au risque d'écoper d'un carton rouge !
Si vous souhaitez « garder le Fil », allez droit au but et renvoyez le coupon ci-dessous aux Éditions LE FIL DENTAIRE, 95 rue de Boissy, 94370 Sucy-en-Brie ou rendez-vous sur la page d'accueil de notre site web **www.lefildentaire.com avant le 30 novembre 2012**.
Ensemble, devenons champions !


Patricia Levi



❑ **OUI**, je souhaite continuer à recevoir LE FIL DENTAIRE gratuitement.

Nom/prénom : ....

Spécialité : ....

Adresse complète : ....

Email : ....

Nous vous prions de bien vouloir nous renvoyer ce coupon aux
Editions LE FIL DENTAIRE
95 rue de Boissy 94370 Sucy-en-Brie
ou vous rendre sur la page d'accueil de notre site www.lefildentaire.com **avant le 30 novembre 2012**

Revue mensuelle
95 rue de Boissy - 94370 Sucy-en-Brie.
Tél. : 01 56 74 22 31 Fax. : 01 45 90 61 18
contact@lefildentaire.com



Directrice de la publication :
Patricia LEVI
patricialevi@lefildentaire.com

Une publication de la société COLEL
SARL de presse – RCS 451 459 580
ISSN 1774-9514 – Dépôt légal à parution

Rédacteur en chef :
Dr Norbert COHEN
norbertcohen@lefildentaire.com

Direction artistique :
Studio Zapping

Rédaction :
Dr Adriana AGACHI, Catherine BEL, Dr Steve BENERO, Dr Michel BETITO, Dr Edmond BINHAS, Georges BLANC, Dr Frédéric BOUSQUET, Dr Thierry BRINCAT, Alain CARNEL, Dr Anna CHICHOU, Rodolphe COCHET, Dr Antoine DISS, Dr Angela GILET, Dr Daniel HATTAB, Dr Armin NEDJAT, Dr Sylvain NOVO, Sarah PELTZER, Dan WAYSMAN

Conseiller spécial :
Dr Bernard TOUATI

Comité scientifique :
Dr Fabrice BAUDOT (endodontie, parodontologie)
Dr Eric BONNET (radiologie numérique, blanchiment)
Dr Alexandre BOUKHORS (chirurgie, santé publique)
Dr Nicolas COHEN (microbiologie, endodontie, parodontologie)
Dr François DURET (CFAO)
De Georges FREEDMAN (cosmétique) (Canada)
Dr David HOEXTER (implantologie, parodontologie) (USA)
Dr Georges KHOURY (greffes osseuses)
Dr Alexandre MIARA (blanchiment)
Dr Hervé PEYRAUD (dentisterie pédiatrique et prophylaxie)
Dr Philippe PIRNAY (éthique)
Dr René SERFATY (dentisterie restauratrice)
Dr Raphaël SERFATY (implantologie, parodontologie)
Dr Stéphane SIMON (endodontie)
Dr Nicolas TORDJMANN (orthodontie)
Dr Christophe WIERZELEWSKI (chirurgie, implantologie)

Secrétaire de direction :
Marie-Christine GELVÉ
mcg@lefildentaire.com

Imprimerie :
Rotocayfo
Carretera de Caldes km 3.0 – 08130 – Santa Perpetua de Mogola – Barcelone Espagne

Couverture :
© sdmix - Fotolia.com et © yamato manro - Fotolia.com

Publicité :
Directrice : Patricia Levi : 06 03 53 63 98

Annonceurs :
Anthogyr - Carestream - CEIOP - Champions Implants - Crown Ceram - CURAIO - Dental Hitec - Ekler - GI Web - Groupe Edmond Binhas - Implant Discount - Implants Génériques - Itena - Laboratoires Filorga - MIS - Neo Dental - Polydentia - Solident - Sun Dental - Sunstar - Tecalliage - Thommen - TLB - Voco GmbH

Encarts :
Axel Dentaire - Idée Prévention - Ivoclar Vivadent - Chéquier Publication Presse Communication



L'excellence de la lumière et
d'une image saisissante














Gestion des vidéos et images par
Ekler Dental Imaging System



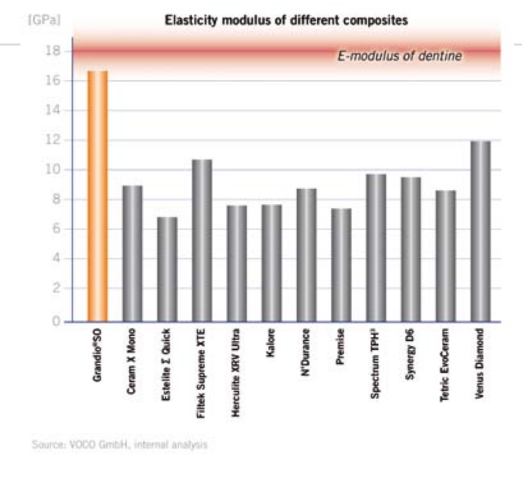
42 rue des Cormiers - 78400 ChATOU
Tél.: 00 33 1 34 80 64 90 - www.ekler.fr - contact@ekler.fr

VOCO GMBH

Module E similaire à la dent

L'obturation la plus sûre !

Tous les matériaux de restauration à base de diméthacrylate se rétractent lors de la polymérisation, provoquant ainsi une force de traction sur la surface en contact avec l'adhésif. Selon la méthode utilisée, ce stress de rétraction s'élève à une valeur comprise entre 1,0 et 4,0 MPa. Étant donné que l'adhésion d'un adhésif au composite s'élève à une valeur comprise entre 12 et 35 MPa et que le stress de rétraction ne se présente qu'une seule fois au cours de la mise en place de l'obturation, l'importance clinique est plutôt négligeable. Les contraintes dynamiques sur une restauration en composite, occasionnées chaque jour par le stress masticatoire, ont une influence plus importante sur sa qualité. La compensation régulière de ces forces dépend principalement du module d'élasticité du matériau de restauration utilisé. Ce module E décrit le comportement élastique des matériaux sous contraintes. Les contraintes sur l'adhésion se réduisent si le module E s'accroît. Cela n'est pas étonnant, car au cours de l'évolution, les tissus dentaires humains ont atteint un module E élevé avec environ 16,55 à 18,62 GPa. C'est donc avec un module E élevé que les contraintes dynamiques journalières, qui ont une influence sur l'interface dent/restauration, sont nettement réduites. ◆



VOCO GMBH
www.voco.fr

ASTRA TECH DENTAL FRANCE

www.commedevraiesdents.fr

Le site se fait une beauté !

Enrichie d'une galerie multimédia regroupant des vidéos et des brochures à télécharger et à « feuilleter » en version interactive, cette nouvelle interface permet au professionnel dentaire de présenter la thérapeutique implantaire de façon pédagogique et interactive. Une présentation fluide et argumentée facilite la prise de décision et d'acceptation du devis pour le patient. Un contenu complet avec une riche iconographie explicative s'articule autour de quatre rubriques centrales présentant les avantages des implants Astra Tech, les procédures de remplacement, des témoignages de patients et les règles d'hygiène et d'entretien. Le professionnel dentaire peut utiliser le site comme guide de présentation du plan de traitement. Des témoignages en ligne sensibilisent le patient à la thérapeutique implantaire et à ses bénéfices, lui donnant ainsi la possibilité de s'identifier à une problématique et d'accepter la thérapeutique implantaire éprouvée. Plusieurs parcours implantaires par indication thérapeutique – remplacement d'une dent, remplacement de plusieurs dents, remplacement de toutes les dents – sont mis en visibilité sur le site. ◆



OsseoSpeed™ TX Profile

Implant anatomique adapté aux crêtes inclinées

Cet implant de forme unique élimine le compromis fréquemment rencontré dans les cabinets dentaires, celui de choisir entre le maintien du niveau de l'os marginal et l'esthétique, dans les situations de crête alvéolaire inclinée.
Le design de l'implant répond à un besoin clinique : il facilite la mise en place de l'implant sur des crêtes inclinées et optimise la position de l'implant pour maintenir le support osseux marginal et l'esthétique. Comme tous les implants Astra Tech, l'implant OsseoSpeed™ TX Profile s'appuie sur les quatre innovations majeures bien documentées de l'Astra Tech BioManagement Complex™. Astra Tech recommande l'utilisation de cet implant aux cliniciens professionnels dentaires présentant une connaissance totale du traitement implantaire, en raison de sa conception inclinée dans la partie coronaire. ◆

ASTRA TECH DENTAL FRANCE
Tél. : 01 41 39 05 41 – sophie.gafsou@astratech.com
www.astratechdental.fr

TECOM IMPLANTOLOGY

Implants génériques Atanasio

Depuis plus de quinze ans, Atanasio, filiale de Tecom Implantology, fabrique et distribue des implants dentaires génériques à des prix très compétitifs en respectant les critères de fabrication imposés par les normes USA et EU sur le titane médical. 250 000 implants et pièces prothétiques sont fabriqués chaque année à travers le monde. Des contrôles esthétique, dimensionnel et fonctionnel sont effectués sur 100 % des pièces produites qui sont des copies exactes des leaders du marché, avec une qualité affirmée de fabrication et une précision optimale dans la réalisation de la forme des implants. La qualité du titane grade IV et grade V, l'état de surface, la décontamination, la stérilisation, le packaging et la traçabilité sont garantis. Les prix sont d'environ 50 % plus bas que les implants et les pièces prothétiques originaux des grandes marques. Ces implants sont parfaitement compatibles. L'utilisation de ces implants génériques permet de conserver trousse de chirurgie, habitudes de pose et protocole. ◆





ATANASIO
Tél. : 04 42 61 37 59
www.implantsgeneriques.com

Formation aux techniques
D'INJECTIONS D'ACIDE HYALURONIQUE
Au cabinet dentaire





Une journée de formation pour ouvrir un nouvel horizon thérapeutique !

Objectif : maitriser les techniques et pratiquer

- **Rappels anatomiques :** sphère buccale et péri-buccale.
- **L'acide hyaluronique :** propriétés, indications et contrindications
- **Les zones à injecter :** Sillon naso-géniens, lèvres (ourlet et orbiculaire) Ridules péri buccale, plis d'amertume etc…
- **Démonstrations d'injection d'acide hyaluronique :** sur patients modèles
- **Possibilité de venir injecter son patient** sous contrôle du formateur
- **Fourniture d'un nécessaire marketing** pour votre salle d'attente
- **Conseils d'expert**

4 sessions / De 9h30 à 17h00

prévues à Paris 8ème dans la limite des places disponibles.

- 29 septembre 2012
- 18 octobre 2012
- 8 novembre 2012
- 2 décembre 2012 (après l'ADF)

Inscription

270€ (déjeuner compris)

E-mail : contact@iccd-asso.fr

Courrier : ICCD - 67 boulevard Suchet - 75016 Paris

Fax : 01 47 30 93 92

Coupon-réponse à renvoyer

Nom Prénom

Adresse

Tel

E-mail

Je serai présent à la formation du :

☐ 29 septembre 2012 ☐ 18 octobre 2012 ☐ 8 novembre 2012 ☐ 2 décembre 2012

*Je joins un chèque d'un montant de 270€ à l'ordre de l'***ICCD**

Contact : ICCD - 67 boulevard Suchet - 75016 Paris - Fax : 01 47 30 93 92 - e-mail : contact@iccd-asso.fr

RECYDENT

Le dentaire exemplaire pour le secteur médical

Par arrêté ministériel du 1er août 2012, Recydent est devenu l'un des premiers éco-organismes pour les matériels électriques et électroniques professionnels. La profession dentaire devient la première branche médicale à se mettre en règle avec les dispositions du Code de l'Environnement concernant la collecte et le recyclage des équipements électriques et électroniques dentaires en fin de vie, appelés communément des DEEE. Une grande partie de ces matériels ne peuvent être recyclés sans prendre des précautions particulières. Recydent a contribué à ce qu'existe en France un site de démontage permettant de dépolluer ces équipements. Les entreprises vendant des équipements électriques et électroniques aux chirurgiens-dentistes et prothésistes peuvent soit : transférer leur responsabilité sur l'utilisateur, soit : organiser leur propre filière de collecte et de recyclage des équipements de leur fabrication et la gestion du DEEE repose alors sur le producteur aussi bien pour les équipements mis sur le marché après le 13 août 2005, que dans le cas du remplacement d'un équipement équivalent ou assurant la même fonction avant cette date, soit enfin : une adhésion à Recydent ou monter un autre éco-organisme. Les derniers utilisateurs d'un équipement à recycler ont intérêt à s'assurer que l'entreprise qui le reprend adhère à Recydent, afin d'éviter d'être tenus pour responsables si le DEEE repris se retrouve dans un lieu ou une filière non appropriés. L'Association Dentaire Française (ADF) et l'Union Nationale des Patrons Prothésistes Dentaires (UNPPD) ont soutenu la création de Recydent. ◆



RECYDENT
Tél. : 01 48 74 11 08
comident@wanadoo.fr - www.recydent.fr

LABORATOIRES EXPANSCIENCE®

Auxinol® combat le biofilm

Auxinol® contient une molécule, le delmopinol 0,2 %, utilisée pour la première fois en France. Il est indiqué comme une aide au traitement des gingivites et à la prévention des parodontites. Il forme une barrière protectrice limitant la fixation et la prolifération des bactéries à la surface des dents et des gencives ; retarde la formation du biofilm par réduction de l'adhésion bactérienne ; facilite son élimination lors du brossage et respecte l'équilibre de la flore buccale. Il a fait l'objet d'études cliniques randomisées en double aveugle contre *placebo,* avec un suivi de 4 semaines à 6 mois. Une méta-analyse portant sur 1 380 patients, inclus dans 8 études cliniques, avec un suivi sur 2 et 3 mois, a confirmé son efficacité. Il en résulte que le bain de bouche Auxinol® entraîne une diminution des gingivites, est bien toléré, et qu'il peut être utilisé quotidiennement. Quelques effets indésirables en début de traitement (engourdissement de la langue, altération du goût, sécheresse de la bouche) diminuent avec la poursuite du traitement. La légère coloration des dents est supprimée au brossage. Auxinol® est réservé à l'adulte, il ne doit pas être utilisé chez les patients présentant des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à l'un des ingrédients, en cas d'insuffisance hépatique ou rénale et pendant la grossesse et l'allaitement. ◆



LABORATOIRES EXPANSCIENCE®
01 43 34 60 00 – Fax : 01 43 34 61 00
www.expanscience.com

SIRONA

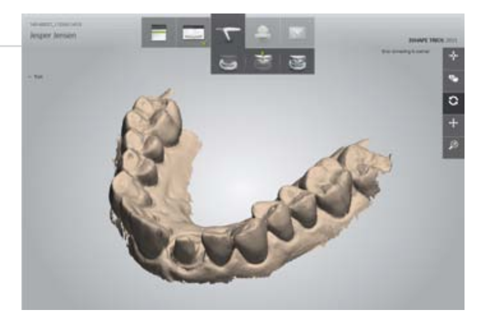
Cerec® Omnicam

La caméra CEREC Omnicam est un appareil de conception révolutionnaire doté d'un système optique spécifique. Fruit d'une évolution nouvelle, la pièce à main ergonomique facilite la manipulation et favorise l'accès à toutes les zones de la cavité buccale. Quant au procédé de prise d'empreinte, il constitue une véritable innovation dans l'industrie dentaire : le dentiste déplace à faible distance la caméra progressivement au-dessus des dents à scanner. Le modèle 3D aux couleurs naturelles se construit au fur et à mesure à l'écran en couleurs naturelles. Les clichés sont pris sans poudrage préalable et avec une extrême netteté. La prise d'empreinte est facile et rapide. La CEREC Omnicam satisfait à toutes les exigences requises d'une caméra CFAO destinée au traitement au fauteuil. Avantages : enregistrement des images cliniques en deux et trois dimensions ; rapidité de la prise d'empreinte d'hémi-arcades et d'arcades entières ; maîtrise parfaite des risques de flou et suppression automatique des images de qualité insuffisante ; la caméra génère un champ d'éclairage homogène pour une précision accrue. ◆





SIRONA DENTAL SYSTEMS GMBH
Tél. : +49 (0) 6251 / 16 2901 Fax : +49 (0) 6251 / 16 3260
contact@sirona.de - www.sirona.fr





B. NEXT

TRIOS®

Système d'empreinte numérique

Un outil sensible : un écran tactile facilite une prise en main intuitive. Plus de saisie clavier ni manipulation de la souris. L'empreinte numérique se laisse observer en cours de réalisation tout au long de la numérisation. Une performance haute précision : jusqu'à 1 000 images 3D. Sans application de poudre, technique trop exigeante qui peut nuire à la précision du scan. Une rapidité d'exécution : la technologie « sectionnement optique » ultra-rapide de 3Shape, capture plus de 3 000 images 2D par seconde. 1 seule prise suffit. TRIOS® envoie le fichier numérique en 2 à 3 minutes au prothésiste qui peut immédiatement commencer la conception par CFAO. Une pratique libérée : un design épuré, fluide pour une mobilité facilitée. Un système ouvert : le praticien conserve la liberté de travailler avec le prothésiste de son choix. Une validation instantanée de l'empreinte : les outils intégrés de TRIOS® destinés à la validation clinique garantissent une qualité optimale de l'empreinte et de la préparation de la dent. Une communication en ligne avec le laboratoire : 3Shape Communicate™ est intégré à la solution TRIOS® pour une communication instantanée et efficace avec votre laboratoire. Distribué en France dès le 17 septembre par la société B.NEXT. ◆

B. NEXT
Tél. : 03 67 26 00 26
n.zurcher@bnext-online.com

ITENA

Miss France à l'ADF

Le laboratoire français ITENA a mis en place un partenariat exclusif avec la société Miss France. Nous sommes fiers de vous annoncer la venue de Miss FRANCE 2012, Delphine Wespiser, sur notre stand lors du Congrès ADF 2012. Miss France et sa beauté naturelle sont les symboles mêmes de l'esthétique.



Depuis toujours ITENA a placé l'esthétique au cœur de ses priorités. Grâce à nos produits, nous parvenons à égaler la nature et à offrir aux patients le parfait reflet de la dent naturelle. Distribué à travers le monde entier, ITENA est fier de représenter la France, son savoir-faire et l'excellence de ses produits en dehors de nos frontières. Associer notre image à la magnifique et naturelle ambassadrice qu'est Miss France allait de soi. Pour la rencontrer et avoir le plaisir et le privilège de vous faire prendre en photo avec elle, rendez-vous sur le stand 1N18. ◆

ITENA
Stand 1N18 à l'ADF
www..itena-clinical.com

EUROTEKNIKA

Naturactis, nouvel implant

Le 1er juin 2012, Euroteknika, solution Implants de Euroteknika Groupe a lancé son 9e implant, sur le marché français et à l'international. L'implant Naturactis est destiné au traitement de l'édentation partielle ou complète tant au maxillaire qu'à la mandibule. Il permet une implantation dans le plus grand nombre d'indications, tout particulièrement, pour des chirurgies postextractionnelles ou pour des sites présentant une densité osseuse faible. Son design spécifique permet de condenser l'os autour de l'implant pour améliorer sa stabilité osseuse. Grâce à une profondeur de filets plus importante à l'apex, il permet d'obtenir un ancrage primaire optimal dans l'os spongieux. Le profil de l'apex étroit et actif est idéal pour des chirurgies postextractionnelles et facilite le choix de l'axe de l'implant. Ce nouveau design d'implant s'accompagne aussi d'un protocole de chirurgie simple, d'une prise directe de l'implant au mandrin et d'une connexion conique (cône morse) interne avec hexagone compatible avec la gamme prothétique des implants Natea/Naturall et avec la gamme Astra. ◆

EUROTEKNIKA
Tél. : 04 50 91 49 29
dorothee.bouche@euroteknika.com - www.naturactis.com

BUSCH

30 lames Finierer ultra fein pour un finish parfait

La réussite d'une restauration est étroitement liée à la précision d'ajustage, à la fonction et à l'esthétique. Un bon traitement de surface est d'une importance décisive. La société BUSCH élargit sa gamme actuelle de fraises à finir en y ajoutant des fraises à finir à denture ultrafine avec 30 lames. Cette nouvelle génération de fraises à finir, identifiable par une bague blanche, assure une surface remarquablement lisse de la céramique, des composites et des alliages de métaux précieux. Même dans la zone critique de l'interface émail-céramique, il est possible de réaliser un contour parfait. Grâce à la haute concentration des fraises en carbure BUSCH, vous pouvez travailler en toute sécurité les zones marginales les plus délicates. ◆



BUSCH AND CO GMBH
Tél. : + 49 2263 860 – Fax : + 49 2263 20741
mail@busch.eu - www.busch.eu

Le nouveau matériau pour couronnes et bridges de VOCO

1. Mise en place !

2. Esthétique !

Brillant sans polissage !

3. Durabilité !

Commandez maintenant !

3 POUR DES PROVISOIRES OPTIMISÉS

Structur 3

Application sûre et rapide
- Temps en bouche de 45 secondes seulement
- Rapport de mélange 1:1 pour garantir un mélange homogène

Esthétique extraordinaire
- Apparence naturelle
- Disponible en huit teintes

Longévité
- Dureté finale élevée
- Excellente résistance à la rupture









Rendez-nous visite
ADF· Paris · Stand : 1L03
28.11.-01.12.2012



VOCO GmbH · Anton-Flettner-Straße 1-3 · 27472 Cuxhaven · Allemagne · Tel. +49 4721 719-0 · www.voco.fr

INFO

Les entretiens de Bichat à Paris



Les **Entretiens de Bichat** du 13 au 15 septembre ont rassemblé environ 4 000 professionnels de santé, sur 3 jours autour de 9 programmes différents : médecins généralistes, pédiatres, odonto-stomatologues, psychomotriciens, orthophonistes, experts hospitalo-universitaires, etc.
Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé a insisté sur l'importance de la formation continue des médecins et des professionnels de santé. Les Entretiens d'odonto-stomatologie, programmés le vendredi 14 septembre 2012 ont accueilli 300 participants. 14 thèmes abordés, suggestions faites par les participants ou par le comité scientifique. Le point a été fait dans les domaines suivants :

- prévention et prise en charge en odontologie pédiatrique : topiques fluorés, leur rôle cario-protecteur/traumatisme dentaire et plaies de la face, rôle du chirurgien dentiste
- prévention des accidents infectieux : *le biofilm endocanalaire : constitution, élimination/approche actuelle de la prophylaxie de l'endocardite*
- prévention et prise en charge des aléas thérapeutiques : polymérisation, risques/endodontie et douleurs postopératoires/complications liées aux implants
- nouveautés en dentisterie conservatrice et prothèse conjointe : solutions face aux anomalies amélaires/CFAO/tenons anatomiques endocanalaires ◆

KURARAY FRANCE

PANAVIA™ SA Cement Automix

Le ciment-résine auto-adhésif

SA CEMENT Automix de Kuraray a été relancé sous la marque PANAVIA™ avec une gamme d'indications élargie. La marque PANAVIA™ bénéficie de résultats cliniques et scientifiques exceptionnels depuis plus de 25 ans. PANAVIA™ SA CEMENT Automix est un ciment résine auto-adhésif aux propriétés de polymérisation double (photo- et/ou auto-polymérisation) pour un scellement simple sans mordançage ni prétraitement de la structure dentaire. Il permet d'obtenir une adhésion élevée à l'émail, la dentine, le métal et les céramiques type oxyde de zirconium ou d'alumine. Cela est dû à la technologie unique de Kuraray, basée sur le monomère de phosphate MDP qui a de très fortes propriétés d'adhésion. La pâte est mélangée et appliquée directement depuis la seringue dans la restauration. La seringue est d'une utilisation propre et rapide empêchant une éventuelle contamination pouvant intervenir lors d'une utilisation clinique quotidienne. Avantages : des patients satisfaits grâce à une réduction des sensibilités postopératoires ; un temps de travail au fauteuil plus court ; un risque minimisé de dommages au niveau du sulcus gingival ; des restaurations de longue durée ; aucun traitement secondaire nécessaire ; un excellent scellement marginal avec un risque mineur de caries secondaires ; des restaurations de longue durée. ◆



KURARAY FRANCE
01 56 45 12 52
www.kuraray-dental.eu

IVOCLAR VIVADENT

Tetric EvoFlow

Embouts extrafins et nouvelles teintes

Tetric EvoFlow est un composite fluide radio-opaque. Il est doté un système de contrôle de la viscosité, qui régule la fluidité. Mais il ne coule pas. Ce composite peut être utilisé comme fond de cavité pour les restaurations de classe I et II, ainsi que pour les microcavités de classe V. Il est disponible en cavifils avec embout extra-fin, et en seringues ergonomiques. La nouvelle canule de 0,9 mm de diamètre permet une application précise. Ces canules fines sont idéales pour la restauration des petites cavités et des zones difficiles d'accès. Elles se fixent facilement sur la seringue grâce à un système de clips et, une fois les deux éléments assemblés, aucune infiltration bactérienne n'est possible. La gamme de teintes inclut trois nouvelles teintes : B1 émail, A2 dentine et B2 dentine. La teinte B1 est particulièrement adaptée pour les dents plus claires. Grâce à leur opacité naturelle, les teintes dentine peuvent être utilisées pour masquer de légères dyschromies postérieures. Ce composite peut être associé à d'autres tels que Tetric EvoCeram® et Tetric EvoCeram® Bulk Fill, et être utilisé comme fond de cavité sous des composites de viscosité standard.
Tetric EvoFlow® est une marque déposée par Ivoclar Vivadent AG. ◆

IVOCLAR VIVADENT
Tél. : 04 50 88 64 00 – Fax : 04 50 88 64 50
www.ivoclarvivadent.fr



Fournisseur officiel du sourire de





La nature enfin égalée !

Reflectys, le parfait reflet de la dent naturelle

REFLECTYS

Nouveau composite de restauration antéro-postérieur nano-hybride

- Réel pouvoir de mimétisme
- Esthétique exceptionnelle après polissage
- Faible retrait de polymérisation. Impeccable intégrité au niveau des limites de la restauration
- Excellente malléabilité, ne colle pas à la spatule
- Disponible en 16 teintes, en seringues, compules et Flow



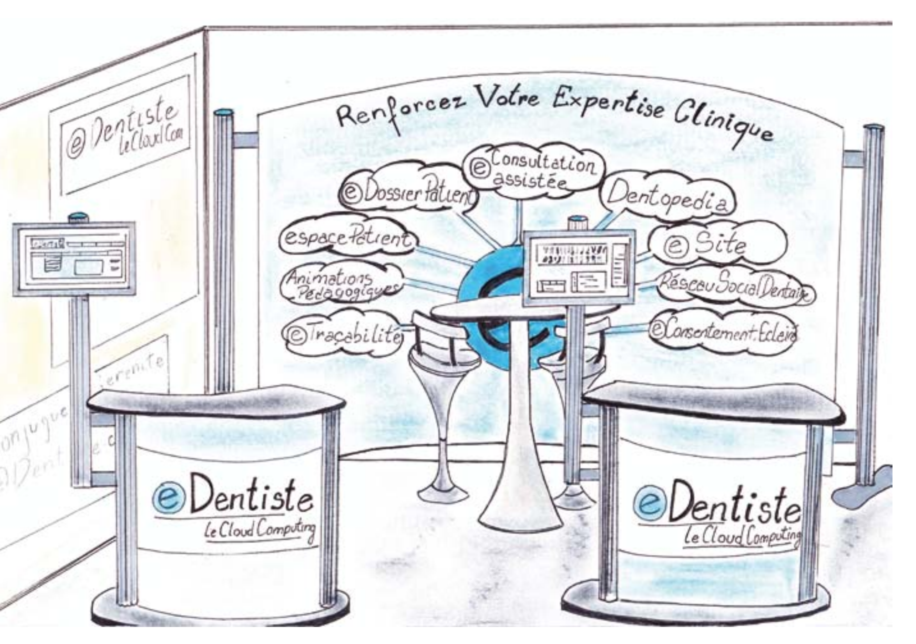
Echantillon gratuit au :
01 45 91 61 40





Laboratoire Français - **www.itena-clinical.com**

E-dentiste : renforcez votre expertise clinique !



Vous êtes les fondateurs de la plate-forme E-dentiste, pouvez-vous vous présenter et nous raconter votre parcours ?

Daniel HATTAB

Diplômé de Garancière en 1992, j'ai vite compris que l'implantologie était incontournable. J'ai commencé ma formation au C.F.I. et l'ai poursuivie au DU d'implantologie de Saint-Louis, et enfin complétée au DU de chirurgie pré- et per-implantaire du Kremlin-Bicêtre. Parallèlement, Michaël et moi avons concrétisé notre engagement dans la formation continue à travers la création d'une association qui reflète notre état d'esprit : les Odontologistes Omnispécialistes.

Dan WAYSMAN

Je suis titulaire d'un MBA de l'université de Tel Aviv et d'un diplôme en finance de l'INSEAD à Fontainebleau. J'ai près de 25 ans d'expérience et j'ai occupé des postes de direction variés (vente, marketing, management, conseil en stratégie) en entreprise (PackardBell/NEC) ou en tant que fondateur d'entreprise (Retalika, Dentogem, windSolare).

Michaël BETITO

Comme Daniel, j'ai fait mes études de chirurgie dentaire à Garancière, puis un DU d'implantologie. En 2008, Dan qui était un de mes patients m'a proposé d'occuper la « direction scientifique » d'une société qui distribue du matériel de chirurgie, ce qui a tissé des liens privilégiés entre nous. Par la suite, je lui ai proposé de créer un logiciel qui permettrait de faire un examen médical et clinique. Parallèlement j'en avais aussi parlé à Daniel pour avoir son avis. Je ne me serais jamais douté que de ces conversations entre amis naîtrait une plateforme à multiples facettes et dont le projet initial n'est plus qu'un élément constitutif.

À partir de quel constat et dans quelles perspectives avez-vous créé E-Dentiste ?

C'est à partir de plusieurs constats du quotidien que nous avons décidé de créer E-dentiste.

- L'évolution de la médecine a permis aux patients de vivre plus longtemps, nous rencontrons donc dans nos cabinets des patients plus âgés, dont les pathologies sont traitées par de nombreux médicaments. Or nous ne connaissons pas toutes les conséquences de ces médicaments et de ces pathologies sur notre activité.
- Pour des raisons sans doute sociologiques les patients sont moins « tolérants » avec les praticiens, ce qui se traduit par une augmentation régulière des « procédures » entre le patient et son praticien. Heureusement, nous sommes couverts par une assurance responsabilité civile. Pour autant nous sommes tenus de fournir à l'assurance un dossier-patient complet. Celui-ci est constitué de nombreuses pièces : interrogatoire médical, examen clinique initial, propositions de différentes options thérapeutiques, consentement éclairé du patient, devis définitif signé et pour finir les soins réalisés. Or, au mieux, il nous faut un temps fou pour retrouver toutes ces pièces, au pire… il nous en manquera une partie, voire même une grande partie.
- Nos patients sont plus mobiles, d'autres diront moins fidèles, par contre ils sont intéressés par ce qui a été fait dans leur bouche, la provenance des prothèses, les références des implants… en un mot par la traçabilité. Nous avons remarqué que si pour la chirurgie implantaire le « travail » est bien fait, pour la prothèse, cela demande l'archivage de nombreux papiers, pour le reste…
- Parfois, par manque de temps, certains patients sortent du cabinet avec un ou plusieurs devis, mais les explications orales fournies sont floues, en tout cas insuffisantes pour lui, c'est alors que le patient va passer au plan B : conversations avec les voisins et amis, recherche sur Internet… le résultat de ces recherches personnelles est imprévisible. Cependant nous savons tous qu'un patient mécontent fait plus de bruit qu'un patient satisfait.

• Enfin, notre activité reste un exercice essentiellement solitaire et c'est sans doute la raison pour laquelle lorsque des dentistes se rencontrent la discussion dévie très rapidement sur des sujets très « dentaires », par besoin de sortir de cet isolement.

C'est pourquoi, une fois le format choisi (une plate-forme web), nous nous sommes fixés une ligne de conduite. Notre outil doit permettre de :

- conjuguer sérénité et efficacité dans notre exercice clinique
- renforcer la communication avec nos patients
- partager en toute simplicité avec nos confrères

Quelles sont les grandes fonctionnalités de ce nouvel outil ?

E-dentiste est une plate-forme clinique communautaire qui s'articule autour de 3 grandes fonctionnalités :

1- le E-dossier patient

Il est composé de plusieurs éléments :

a. la E-consultation assistée

Elle comporte 2 phases : d'une part, **l'anamnèse**, qui tpermet de faire le point des pathologies et des médicaments pris par le patient. Notre expertise consiste à donner pour ces médicaments et ces pathologies un conseil clinique adapté à l'exercice de la dentisterie. D'autre part, **l'examen clinique** guidé est concis mais efficace en exobuccal, occlusal et parodontal, pour ne pas passer « à côté » d'un trouble d'origine occlusale ou d'une pathologie parodontale. Il est exhaustif au niveau dentaire, ce qui permet d'avoir toutes les données pour proposer un ou plusieurs plans de traitement au patient.

b. l'obtention du E-consentement éclairé

Quand le ou les plans de traitement adaptés à notre patient sont conceptualisés, le patient reçoit un e-mail l'invitant à se connecter à son « espace patient » (voir ci-dessous) à l'aide des identifiant et mot de passe préalablement reçus. Ceci fait, le patient a accès aux différentes options de traitement qui lui ont été présentées au cabinet. La plupart des actes sont accompagnés d'une animation pédagogique, d'un texte explicatif ou encore de cas cliniques similaires en photos. Le patient a donc, chez lui, le prolongement de nos explications, ainsi, quand son choix va se porter sur l'une des solutions de traitement proposées ce sera en « connaissance de cause ». Par ailleurs que ce soit le devis définitif, le consentement éclairé ou bien l'anamnèse, nous offrons la possibilité de pouvoir recueillir la signature du patient à l'aide d'une tablette tactile et d'archiver automatiquement ces données sur nos serveurs. (Nos serveurs sécurisés sont hébergés par une société spécialisée et agréée par le ministère de la santé).

c. E-site du praticien

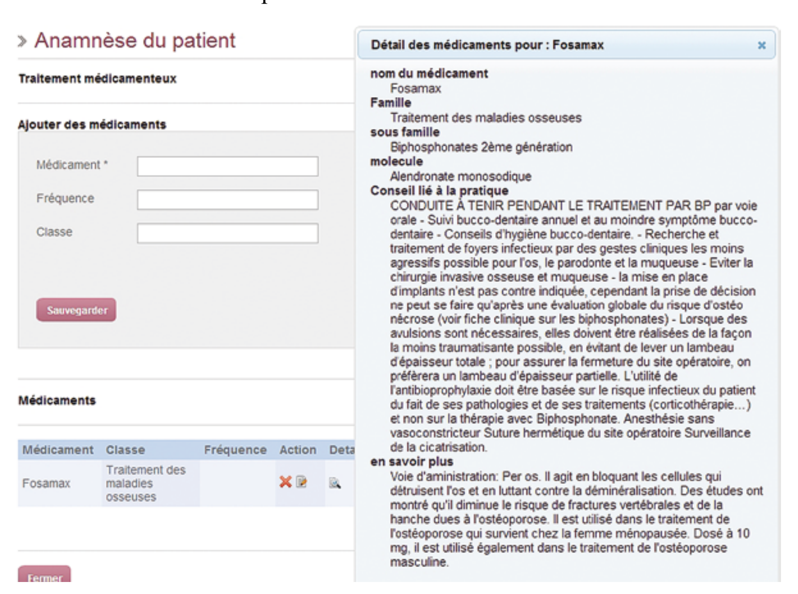
En adhérant à E-dentiste, un site Internet du praticien est créé. Outre les fonctionnalités classiques d'un site, nous y avons inclus un espace patient sécurisé dont l'accès est limité au patient grâce à des identifiant et mot de passe. Ce faisant, toute la communication clinique passe par ce vecteur, ce qui, contrairement à ce qui est proposé par ailleurs, nous fait respecter la charte du CNO.

d. la E-traçabilité

Notre plate-forme permet également de conceptualiser le contenu des différentes séances de soins, et chaque fois qu'un acte est exécuté, le praticien a la possibilité, notamment grâce à la tablette, de recueillir la traçabilité du ou des matériels et matériaux utilisés. Ces données sont, comme toutes les autres, archivées sur des serveurs sécurisés.

2- le dentopédia

C'est une base de donnée multimédia médicodentaire communautaire. On y retrouvera du E-learning, des fiches cliniques, des abstracts, les fiches conseils pour le patient, des cas cliniques en photos et/ou en vidéo, les animations pédagogiques… mais aussi les bases de données des médicaments et des maladies pour un accès direct aux conseils cliniques.



3- le réseau social dentaire

Lors de l'inscription à E-dentiste, le praticien est invité à indiquer ses domaines d'intérêt, ainsi des groupes se forment. Un membre de la communauté E-dentiste peut solliciter un avis, partager un E-dossier patient avec un autre membre, un ensemble de membres, un groupe ou avec tous les adhérents. Notre réseau peut aussi permettre à certains praticiens spécialistes de faire connaître leur domaine de compétence et éventuellement d'y animer leur groupe de correspondants.

Quelles sont les différentes formules proposées et leur coût ?

Nous proposons 3 formules :

- l'offre de base, (abonnement mensuel à E-dentiste) : 49,45 € par mois
- l'offre plus unitaire, (abonnement mensuel à E-dentiste + 1 tablette) : 74,30 € par mois
- l'offre plus multiple, (abonnement mensuel à E-dentiste + 2 tablettes ou plus) : 49,45€ + 19,85€ par tablette et par mois

◆

Pour découvrir E-dentiste

rendez-vous à l'ADF sur le stand 3L05

www.edentiste.com

À la rencontre de Neo Dental

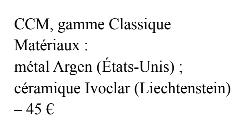


Sarah Peltzer,
Directrice de Neo Dental

Neo Dental, le nouveau-né des laboratoires d'importation entend séduire un large panel de praticiens et de centres de soins, notamment grâce à son offre de 3 gammes répondant aux divers besoins de la profession. Nous avons rencontré sa directrice, Sarah Peltzer.

Malgré la concurrence qui touche le secteur de la prothèse d'importation, vous avez réitéré avec la création de Neo Dental ? À quels besoins répond-t-il ?

Avant de créer Neo Dental, j'ai travaillé dans un des plus importants laboratoires du secteur. Il m'a semblé que de nombreux praticiens, qui avaient franchi le pas de l'importation, avaient malgré tout un choix à faire : travailler avec les meilleurs laboratoires du secteur qui proposent une excellente qualité, mais à des prix plutôt élevés (pour le secteur j'entends) ; ou collaborer avec d'autres acteurs proposant une qualité moindre à prix cassés.
Neo Dental, avec ses gammes Premium et Classique, toutes deux fabriquées dans le même laboratoire chinois certifié ISO 9001 et 13485, entend répondre à ces 2 besoins tout en élevant le niveau d'un cran : nous ne craignons pas d'affirmer que les prothèses de la gamme Premium (CCM à 69,50 €) offrent une qualité bien supérieure à la moyenne des laboratoires français locaux. Quant aux prothèses de la gamme Classique (CCM à 45 €), leur qualité est en ligne avec cette moyenne et elles sont conçues avec les matériaux des plus nobles : par exemple, métal Argen (États-Unis) et céramique Ivoclar (Liechtenstein) pour toutes les prothèses fixées. Enfin, la gamme Express répond surtout à un besoin de délai : les travaux sont réalisés dans notre laboratoire à Paris en 1 à 3 jours ouvrés.



CCM, gamme Classique
Matériaux :
métal Argen (États-Unis) ;
céramique Ivoclar (Liechtenstein)
– 45 €

Selon vous, quels sont les points forts susceptibles de vous démarquer de vos concurrents ?

Neo Dental se distingue, essentiellement, sur 2 points.
Je reviens sur notre gamme Classique, qui, comme je l'ai précisé, propose une excellente qualité sur l'ensemble des prothèses adjointes et conjointes à des prix extrêmement compétitifs. Chez nos concurrents qui proposent ces niveaux de prix, les prothèses sont fabriquées en Turquie, en Afrique du Nord ou encore à Madagascar. Or, les spécialistes de la prothèse d'importation, ainsi que les praticiens ayant eu à comparer les différents laboratoires du secteur s'accordent sur ce fait : ce sont les laboratoires chinois qui offrent la meilleure qualité et la meilleure régularité dans les résultats des travaux prothétiques, grâce au travail minutieux et à la dextérité des techniciens chinois.
Le deuxième point qui nous distingue est le professionnalisme de nos équipes techniques et administratives. Chez Neo Dental, chaque praticien bénéficie du suivi personnalisé d'un prothésiste conseil qui supervise tout le *processus* de fabrication des travaux, de la réception de l'empreinte au contrôle qualité avant expédition.
Dans notre laboratoire partenaire en Chine, les travaux sont également suivis par des techniciens français communiquant étroitement avec ces mêmes prothésistes conseil et veillant à ce que les travaux soient scrupuleusement conformes aux instructions du praticien.
Enfin, nos équipes logistiques et notre service clients assurent un suivi professionnel sans interruption de 8 h 30 à 18 h 30 du lundi au vendredi.

Vous proposez également un délai de 7 jours porte-à-porte partout en France ? Comment parvenez-vous à assurer la fabrication en Chine dans un laps de temps aussi court ?

C'est exact : 7 jours pour la province ; mais seulement 6 jours pour Paris et 9 jours pour les DOM TOM. Nos délais sont optimisés grâce à des procédures logistiques bien rodées : dès réception des empreintes tôt le matin (enlevées la veille dans les cabinets dentaires de France métropolitaine), nos équipes de techniciens et de préparateurs s'activent pour vérifier les empreintes, couler les modèles et traduire les fiches de laboratoire afin que nos colis soient acheminés vers l'aéroport de Roissy d'où ils s'envoleront en début d'après-midi. Dès le lendemain matin, les colis sont réceptionnés par le chauffeur du laboratoire chinois seulement 2 heures après l'atterrissage de l'avion. L'après-midi, la fabrication des prothèses commence et dure 3 jours pleins pour les travaux classiques (y compris les bridges de longue portée). Il faut préciser que 2 équipes de travail se succèdent aux chevilles de cet important laboratoire : l'équipe de jour (7 h 00 – 16 h 00) et l'équipe de nuit (18 h 00 – 3 h 00). Pour les travaux demandant plus de temps, comme par exemple les couronnes sur zirconium ou sur implant, il faut compter 1 jour supplémentaire, soit 4 jours pleins de fabrication ou 8 jours porte-à-porte pour les cabinets de province, 7 pour les cabinets à Paris et 10 pour les cabinets dans les DOM-TOM.

À la différence d'autres laboratoires, les ramassages programmés (aussi appelés « contrats de liaison »), permettant le ramassage automatique des empreintes au cabinet de 1 à 5 jours par semaine, sont totalement gratuits chez Neo Dental, ainsi que les livraisons bien entendu. Selon la localisation des cabinets, nous travaillons avec TNT et Chronopost (au choix du praticien) pour la province, avec des coursiers en 2 roues pour Paris et la 1ère couronne. Pour les praticiens installés en banlieue parisienne, nous installons gratuitement des boîtes de liaison (sorte de boîtes aux lettres) pour des livraisons et ramassages de nuit.



Stellite, gamme Classique
Matériaux :
métal Bégo (Allemagne) ;
dents résine Yamahachi (Japon)
– 79 €

Quelles garanties de sécurité et de qualité pouvez-vous apporter aux praticiens qui voudront collaborer avec Neo Dental ?

À l'exception des prothèses de la gamme Express, qui sont fabriquées dans notre laboratoire à Paris, toutes les prothèses de nos 2 autres gammes (Premium et Classique) sont réalisées dans notre laboratoire en Chine, ultra-moderne, qui emploie plusieurs centaines de techniciens expérimentés. Ce laboratoire bénéficie des certifications ISO 9001, relative au système de management qualité, et ISO 13485, norme relative, quant à elle, à la matério-vigilance. Ces certifications sont le meilleur gage de qualité et sécurité pour les praticiens et leurs patients.

> **« Les matériaux qui constituent toutes nos prothèses sont rigoureusement les mêmes que ceux utilisés par les meilleurs laboratoires français »**

Concernant les matériaux utilisés, ils sont tous, bien évidemment, marqués CE et proviennent des meilleurs fournisseurs mondiaux de 4 pays uniquement : Allemagne (ex. Bego), États-Unis (ex. Argen), Liechtenstein (ex. Ivoclar) et Japon (ex. Yamahachi). Ainsi, tous les matériaux sont importés en Chine par notre laboratoire ! Il est important de souligner ce point afin de « tordre le cou » à certaines idées reçues et dénigrements visant à jeter le doute sur la qualité des prothèses d'importation : les matériaux qui constituent toutes nos prothèses sont rigoureusement les mêmes que ceux utilisés par les meilleurs laboratoires français ; seule la façon est chinoise, et croyez-moi, aujourd'hui, elle n'a plus rien à envier à la française… ◆

Échecs en implantologie



Dr Thierry BRINCAT
- Chirurgie dentaire (Toulon)
- Exercice exclusif en chirurgie et prothèse implantaire
- Diplôme en chirurgie et prothèse implantaire Université Claude Bernard Lyon



Dr Sylvain NOVO
- Chirurgie dentaire (Toulon)
- Parodontologie - Implantologie

Pendant de nombreuses années, le terme implant dentaire a été synonyme de complications et d'échecs.
La mise au point par le professeur Brånemark et ses collaborateurs d'un matériel fiable, d'une méthode rigoureuse et très codifiée a permis de limiter les complications et les échecs.
L'implantologie est devenue une méthode thérapeutique crédible, aux indications précises et dont les études ont confirmé l'excellent pronostic à long terme des implants dentaires avec un fort taux de succès (Adell et coll. 1981, 1990 ; Albrektsson et coll. 1998, 1993 ; Engquist et coll. 1988).
La mise en place d'implants dans les maxillaires reste néanmoins un acte chirurgical, qui expose comme toute opération à certaines complications (Adell et coll. 1981 ; Tulasne et Riacchi, 1991 ; Davarpanah et coll. 1996).
Les échecs peuvent apparaître à tous les stades de la thérapeutique implantaire ; pendant la période de cicatrisation initiale (période d'enfouissement pour les implants en 2 temps chirurgicaux), lors de la mise en charge (mise en fonction pour les implants en 2 temps chirurgicaux) : c'est l'absence d'ostéointégration la cause la plus fréquente de l'échec.
Puis viennent les pertes d'ostéointégration de l'implant à court terme dans les premiers mois de la mise en charge prothétique et les pertes d'ostéointégration à long terme.

Échec postopératoire de l'implant pendant la phase de cicatrisation

Après les premières semaines suivant la mise en place des implants, l'apparition d'une fistule traduit l'extériorisation d'un phénomène inflammatoire pouvant avoir plusieurs étiologies dont la plus conséquente est l'échec de l'ostéointégration de l'implant (Tulasne et Riacchi 1991).

Cette fistule s'accompagne en général de signes cliniques et radiologiques :
- présence d'une suppuration avec une inflammation localisée du tissu gingival en regard de la zone implantée
- le trajet fistuleux par sondage permet d'atteindre le filetage de l'implant
- une douleur violente ne cédant pas aux antalgiques peut être décrite par le patient
- dans certains cas, pour les implants en 2 temps, il y a apparition de la vis de couverture
- une pression sur la vis de couverture de l'implant (technique 2 temps) ou sur la vis de cicatrisation (technique 1 temps) génère une sensibilité
- la radiographie montre une perte osseuse marginale et un espace péri-implantaire radio clair

L'expulsion spontanée de l'implant est relativement rare. L'échec est souvent consécutif à un traumatisme pendant la chirurgie de mise en place des implants ; un échauffement lors du forage du site osseux receveur et/ou une surpression lors de l'immobilisation primaire de l'implant.
Le traitement curatif consiste à déposer dans les plus brefs délais l'implant fibro-intégré ; cette dépose s'accompagne d'un curetage minutieux du site inflammatoire.
Bert préconise de remettre en place dans un délai de 8 à 10 semaines.

Absence d'ostéointégration

Le contrôle de l'ostéointégration de l'implant (chirurgie de mise en fonction si technique 2 temps) après un délai de 2 à 3 mois de cicatrisation est l'étape décisive du traitement dans son ensemble.
L'absence d'ostéointégration de l'implant peut être constatée de plusieurs manières :
- son incorrect à la percussion ; un son « mat » est le signe d'une interposition fibreuse à l'interface os/implant
- mobilité de l'implant ; la mobilisation de l'implant peut être testée lors des différentes manœuvres de vissage et de dévissage de la vis de cicatrisation
- douleurs lors des manœuvres de dévissage et vissage même si l'implant ne peut pas être mobilisé

Tout implant non ostéointégré doit être retiré. L'alvéole de l'implant est curetée pour éliminer toute trace de tissu conjonctif. Il sera peut-être nécessaire de reconstruire dans le même temps ou dans un deuxième temps opératoire, le site osseux lésé, par des techniques de régénération osseuse (matériau de comblement associé à une membrane résorbable ou non résorbable) voire par une greffe d'apposition en fonction de la perte osseuse.

Perte d'ostéointégration des implants

Perte d'ostéointégration de l'implant à court terme

Les pertes d'ostéointégration à court terme surviennent dans les premiers mois suivant la mise en charge prothétique de l'implant.
Dans un délai généralement bref après la réalisation prothétique apparaît une gène lors de la mastication.

UNE RENTRÉE EMPREINTE DE NOUVEAUTÉ CHEZ TECALLIAGE

Splash!

Matériau à empreinte Super Hydrophile



Mouillabilité extrême
Hydrophilie accrue, vous offrant une précision parfaite pour les coulées.

Saveur agréable
Fruits des Bois.

Option «FatPack»
Pour plus d'économies, existe en pack pour automélangeurs.

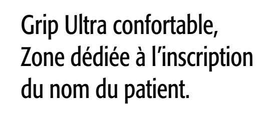
Détails exceptionnels
Reproduction extraordinaire des détails, à chaque prise d'empreinte.

2 Temps de prise
Regular 4:30 mn.
Half-Time 2:15 mn.

The GRIPPER™

Le porte-empreinte au design hybride,ultra-rigide.

Des empreintes parfaites et un confort inégalé pour vous et votre patient.



Grip Ultra confortable, Zone dédiée à l'inscription du nom du patient.



Film intercalaire ultra fin et résistant pour une prise d'empreinte doublement plus rapide !





TECALLIAGE ■ 13 RUE DE LA FRINGALE ■ 27400 INCARVILLE ■ Tél. 02 32 50 69 96 ■ Fax 02 32 50 76 13 ■ www.tecalliage.fr ■ info@tecalliage.fr

Cas clinique n°1



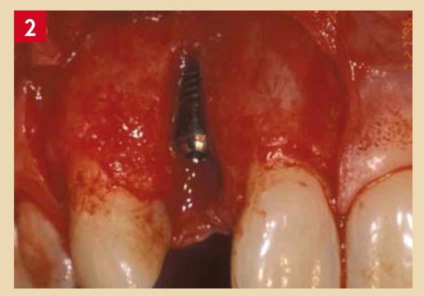


Fig. 1 et 2 : extraction implantation immédiate de 22 fracturée porteuse d'une restauration prothétique céramo-métallique, on peut constater une perte quasi-totale de la corticale osseuse vestibulaire, facteur d'échec non négligeable selon Bert 1996

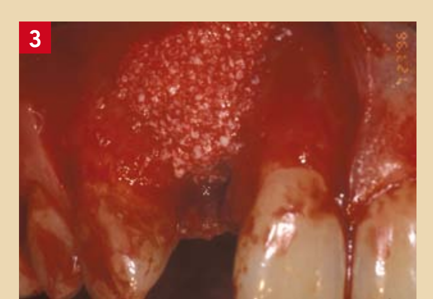




Fig. 3 et 4 : une régénération osseuse guidée est associée à la technique d'extraction–implantation immédiate afin de corriger le défaut osseux vestibulaire

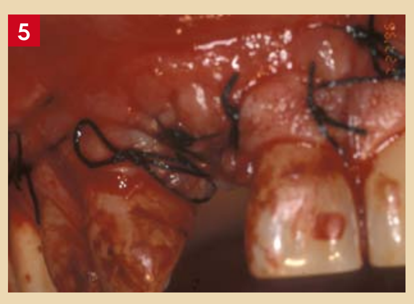


Fig. 5 et 6 : repositionnement coronaire du lambeau permettant une fermeture hermétique du site opératoire et radiographie de contrôle



L'examen radiographique rétro-alvéolaire montre de manière inconstante un espace radio clair et/ou une perte osseuse marginale (péri-implantaire). Certains auteurs parlent de cratérisation.

L'inflammation gingivale en regard de l'implant est presque systématique, mucosite péri-implantaire (lésion des tissus mous superficiels), péri-implantite (lésions des tissus mous profonds).

L'examen clinique peut aussi déceler une douleur à la pression accompagnée d'une mobilité de l'implant lorsque la prothèse est démontée.

L'étiologie d'un échec d'ostéointégration à court terme peut être liée :

- à la qualité du tissu osseux, os de type 4
- à la mise en charge prématurée de l'implant alors que l'interface est constituée de tissu ostéoïde et en quantité insuffisante
- au fait que le rôle de la prothèse provisoire permettant une mise en charge de manière progressive de l'implant, en particulier dans les os de type 3 ou 4, ou en présence de racines artificielles courtes (6/8 mm), est d'importance primordiale
- à une mauvaise exploitation du volume osseux disponible entraînant des surcharges fonctionnelles
- à la présence d'une microflore sous-gingivale complexe ; l'échec implantaire infectieux et bactérien est consécutif à une augmentation et une modification qualitative de bactéries spécifiques (péri-implantites)



Fig. 7 : présence d'une suppuration avec une inflammation localisée du tissu gingival en regard de la zone implantée à 10 jours ; une douleur violente ne cédant pas aux antalgiques est décrite par le patient nécessitant la dépose de l'implant fibro-intégré

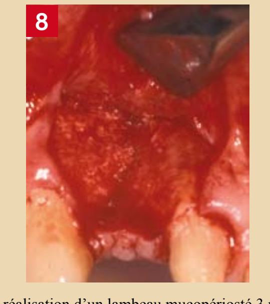


Fig. 8 : réalisation d'un lambeau mucopériosté 3 mois après la dépose de l'implant ; noter la perte osseuse importante dans le sens vestibulo-palatin nécessitant de faire appel à une greffe osseuse d'apposition

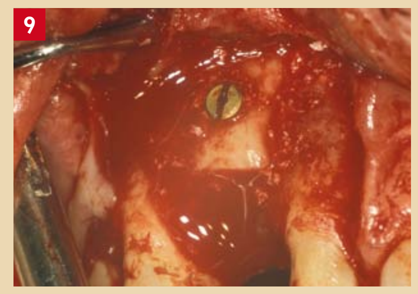


Fig. 9 : greffe osseuse d'apposition localisée en 12 après prélèvement ramique effectué au niveau du secteur mandibulaire gauche

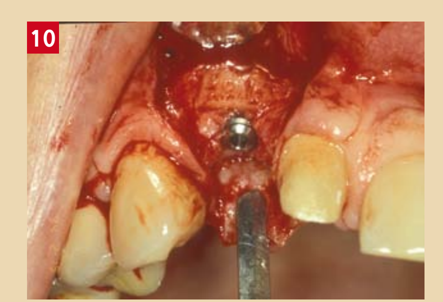


Fig. 10 : mise en place chirurgicale à 4 mois d'un implant Astra 3,5/13 mm, technique enfouie pendant une période de 2 mois

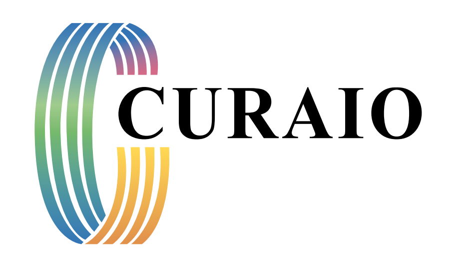




Fig. 11 : vue vestibulaire de la couronne définitive céramo-métallique (Dr Lévita M.), le collet de l'incisive latérale sur implant est en situation identique à la tangente passant par les collets de l'incisive centrale et de la canine ; toutefois, le feston de l'incisive latérale est légèrement plus apical que le niveau de l'incisive controlatérale, petit défaut esthétique n'ayant aucune incidence lors du sourire du patient

COLLEGE POST-UNIVERSITAIRE RHONE-ALPES D'IMPLANTOLOGIE ORALE

Inscription Préfecture Rhône-Alpes : 82 69 05343 69 - Accréditation CNFCO : 07690102-37 - N° SIRET : 398 911 479 00028



ATTESTATION D'ETUDES EN IMPLANTOLOGIE

L'ensemble des prestations et déjeuners se déroule au Château de MONTCHAT, Place du Château, 69003 Lyon - Tél. 04 72 34 58 66 - Parking privatif assuré.
Ce programme de l'année universitaire 2012-2013 est à titre indicatif. De légères modifications peuvent intervenir au cours du prochain cycle.

SESSION 1

CONNAISSANCES FONDAMENTALES
3 JOURS - DU 18 AU 20 OCTOBRE 2012

■ PRÉSENTATION DU CYCLE ■ LE CHOIX DES SITES IMPLANTAIRES ■ INTÉGRATION TISSULAIRE DES IMPLANTS ■ LA CICATRISATION OSSEUSE PÉRI-IMPLANTAIRE ■ LES BIO-MATERIAUX IMPLANTAIRES ■ ANATOMIE MAXILLAIRE ET MANDIBULAIRE APPLIQUÉE À L'IMPLANTOLOGIE ■ ASPECTS MEDICO-LÉGAUX EN IMPLANTOLOGIE ■ LES EXAMENS RADIOLOGIQUES ■ LES IMPLANTS : INDICATIONS ET CAHIER DES CHARGES ■ LE DOSSIER CLINIQUE IMPLANTAIRE - BILAN MÉDICAL ■ FACTEURS D'INFLUENCE POUR LA PRÉSERVATION DE L'OS MARGINAL PÉRI-IMPLANTAIRE ■ TRAITEMENTS DES AGENESIES ■ L' IMPLANT ASTRA TECH® : TRAVAUX PRATIQUES DE CHIRURGIE

INTERVENANTS : Dr. Christophe MEDARD - Dr. Michel BRUNEL - Dr. Pascal PALDINO - Dr. Jacques FOURNIER - Pr. Jacques DEJOU - Dr.Thierry GORCE - Dr. Jean-Pierre CHETRY Dr. Jean-Christophe BOUSQUET - Dr. Gilles EDOUARD - Dr. Thierry BRINCAT

SESSION 2

CHIRURGIE
4 JOURS - DU 5 AU 8 DÉCEMBRE 2012

■ INCISIONS ET SUTURES EN IMPLANTOLOGIE ■ TRAVAUX PRATIQUES : SUTURES EN IMPLANTOLOGIE ■ TRAVAUX PRATIQUES : ANATOMIE ET DISSECTION SUR PIÈCES HUMAINES / POSE D'IMPLANTS ■ CHIRURGIE EN DIRECT : POSE D'IMPLANT ET MISE EN CHARGE ■ TEMPORISATION ET MISE EN CHARGE IMMÉDIATE AVEC LE SYSTÈME REPLACE® ■ TRAVAUX PRATIQUES : SYSTÈME REPLACE® ■ TABLES CLINIQUES : ÉTUDE DE PLANS DE TRAITEMENT ■ APPROCHE BIOLOGIQUE ET CLINIQUE AVEC LES IMPLANTS NOBEL ACTIVE® ■ EXTRACTION IMPLANTATION IMMÉDIATE : INTÉRÊT DES IMPLANTS FRIADENT® ■ TRAVAUX PRATIQUES : TEMPORISATION IMMÉDIATE SUR IMPLANTS FRIADENT® ■ PARTAGER TRENTE ANS D'EXPÉRIENCE EN IMPLANTOLOGIE ■ IMPLANTOLOGIE ASSISTEE PAR ORDINATEUR : SYSTEME SIMPLANT® ■ TRAVAUX PRATIQUES : MATERIALISE®

INTERVENANTS : Dr. Michel BRUNEL - Dr. Pascal PALDINO - Dr. Michel PERRIAT - Dr. Jean-Michel LAIR - Dr. Carole LECONTE - Dr. Gérard SCORTECCI - Dr. Dominique CASPAR

SESSION 3

PARODONTOLOGIE, IMPLANTS, PROTHESE 1
3 JOURS - DU 24 AU 26 JANVIER 2013

■ LES AMÉNAGEMENTS TISSULAIRES PÉRI-IMPLANTAIRES (CHIRURGIE MUCCO-GINGIVALE) ■ INTÉRÊT CLINIQUE DE L'ÉVOLUTION STRAUMANN® ■ MALADIE PARODONTALE ET IMPLANTS ■ EXPANSION OSSEUSE : FRONTIÈRE ENTRE GREFFE OSSEUSE ET RÉGÉNÉRATION OSSEUSE GUIDÉE (R.O.G.) ■ LES FACTEURS DE CROISSANCE PLAQUETTAIRES PRF: MODE D'EMPLOI ■ LES ÉCHECS EN IMPLANTOLOGIE ET LEURS SOLUTIONS ■ TECHNIQUES CHIRURGICALES AVANCÉES ■ L'OCCLUSION FONCTIONNELLE EN IMPLANTOLOGIE ■ IMPLANTS COURTS - IMPLANTS ANGULÉS ■ CONSERVER OU EXTRAIRE ET IMPLANTER ? ■ TRAVAUX PRATIQUES : STRAUMANN

INTERVENANTS : Dr. Virginie MONNET-CORTI - Dr. Jean-Pierre BERNARD - Dr. Philippe COLIN - Dr. Joseph CHOUKROUN - Dr. Marc BERT - Dr. Philippe LECLERCQ Dr. Thomas FORTIN - Dr. Jean-Pierre OUHAYOUN - Dr. Michel BRAVARD

SESSION 4

IMPLANTS ET PROTHESE 2
3 JOURS - DU 21 AU 23 MARS 2013

■ IMPÉRATIFS DE LA PROTHÈSE SUR IMPLANTS ■ PROTHÈSE UNITAIRE, PROTHÈSE SECTORIELLE ET BRIDGE DE GRANDE ÉTENDUE SUR IMPLANTS ■ VIDÉO EN DIRECT : PRISE D'EMPREINTE ■ LES CLÉS DU SUCCÈS EN SECTEUR ANTÉRIEUR ■ TABLES CLINIQUES : ÉTUDE DE PLANS DE TRAITEMENT ■ MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX EN IMPLANTOLOGIE ■ CHOIX DU MATÉRIAU ET DE LA TECHNIQUE D'EMPREINTE EN IMPLANTOLOGIE / APPORT DES NOUVELLES TECHNIQUES POUR LA PASSIVATION DES ARMATURES DE GRANDE ÉTENDUE ■ CONNECTIQUE ET ESTHÉTIQUE ■ GREFFES OSSEUSES PRÉ-IMPLANTAIRES : ACQUIS ET PERSPECTIVES ■ IMPLANTATION SOUS-SINUSIENNE : TECHNIQUE DES OSTEOTOMES - ABORD VESTIBULAIRE

INTERVENANTS : Pr. Bernard PICARD - Dr. Pascal PALDINO - Dr. Michel BRUNEL - Dr. Thierry BRINCAT - Dr. Christophe MEDARD - Dr. Christian RIBAUX - Dr. Thierry GOTUSSO Dr. Michel JABBOUR - Dr. Michel PERRIAT

SESSION 5

TRAVAUX PRATIQUES ET CHIRURGIE EN DIRECT
3 JOURS - DU 30 MAI AU 1er JUIN 2013

■ CHIRURGIE IMPLANTAIRE EN DIRECT ■ PIEZOCHIRURGIE ■ TRAVAUX PRATIQUES : IMPLANTS EUROTEKNIKA® ■ TRAVAUX PRATIQUES : ÉTUDES DE SCANNERS ■ TRAVAUX PRATIQUES : LE NOBEL GUIDE® ■ IMPLANTOLOGIE POST-EXTRACTIONNELLE : IMMÉDIATE OU DIFFÉRÉE ? ■ INTÉRÊT DE LA CHIRUGIE GUIDÉE : COMMENT ÉVITER LES GREFFES ? ■ PHOTO DE LA PROMOTION ■ EXAMEN ÉCRIT (2 SUJETS D'UNE HEURE) ■ COCKTAIL DE FIN DE STAGE

INTERVENANTS : Dr. Michel BRUNEL - Dr. Pascal PALDINO - Dr. Christophe MEDARD - Dr. Michel PERRIAT -Dr. Jean-François MICHEL - Dr. Gilles EDOUARD Dr. Jacques FOURNIER - Dr. Anne BENHAMOU - Dr. Maxime BRUNET

Pour tout renseignement, contacter : Jean-Vincent HABOUZIT - 92 rue Masséna - 69006 Lyon - Tél. 04 72 82 94 70
Pour consulter nos programmes de formation, connectez-vous à notre site : www.curaio.net

Cas clinique n°2



Fig. 12 : édentation unitaire postérieure compensée par une restauration implantaire céramo-métallique scellée ; radiographie de contrôle de mai 2005

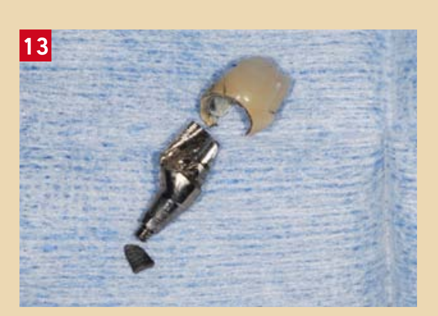


Fig. 13 : dévissage du pilier implantaire en juin 2010, le patient consulte 8 mois après ce problème structurel ayant pour conséquence une fracture du col de l'implant



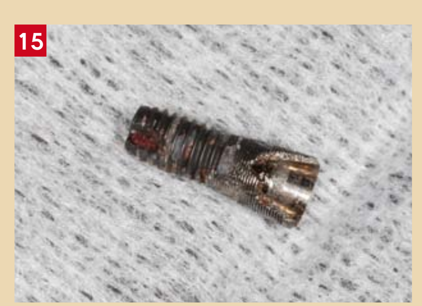


Fig. 14 et 15 : dépose de l'implant fracturé (février 2011) à l'aide de la piezochirurgie afin de préserver au maximum l'os résiduel







Fig. 16 à 18 : mise en place immédiate d'un implant de plus gros diamètre afin d'obtenir une stabilisation primaire associée à une technique de régénération tissulaire guidée



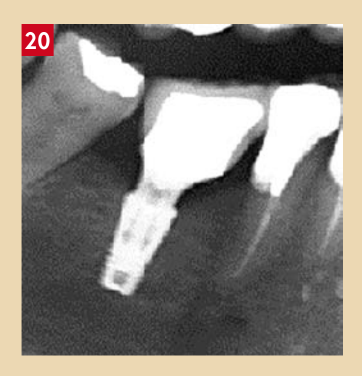


Fig. 19 et 20 : résultat prothétique et contrôle radiologique de la nouvelle restauration en septembre 2012

Traitement

Si l'implant est douloureux à la pression et mobile, il sera impératif de le déposer en associant des techniques de régénération osseuse guidée et d'intervenir en deuxième intention, meilleur choix thérapeutique préservant ainsi le capital osseux résiduel.
En présence d'une péri-implantite sans mobilité de l'implant, la thérapeutique doit être adaptée au cas clinique et est fonction de multiples critères (profondeur de la poche péri-implantaire, présence d'un saignement ou d'une suppuration, niveau osseux).

La thérapeutique des maladies péri-implantaires est peu prévisible. Elle se veut étiologique en éliminant la plaque bactérienne (désinfection et détoxication).
Selon certains auteurs (Mombelli et coll. 1992, Mattout et coll. 2009), si la surface implantaire est parfaitement nettoyée et décontaminée, on peut indiquer une technique de régénération osseuse guidée (membrane non résorbable).

Perte d'ostéointégration des implants à long terme

Les pertes d'ostéointégration des implants à long terme signifiant la transformation de l'interface osseuse en interface fibreuse sont causées :

- par des problèmes prothétiques, en particulier occlusaux, générant des surcharges fonctionnelles dépassant le seuil de tolérance du tissu osseux
- par l'apparition *a posteriori* de parafonctions (bruxomanie)
- par une hygiène insuffisante ou mal adaptée augmentant considérablement la résorption osseuse marginale (microflore complexe révélant une microbiologie particulière des « péri-implantites »)

Échec d'ordre mécanique : fracture de l'implant

Adell et coll. en 1981 dans leur étude initiale à 15 ans signalent 3,5 % de fracture d'implant.
C'est la complication prothétique la plus grave car elle peut mettre en cause la restauration prothétique.

La fracture de l'implant peut être liée à plusieurs facteurs :

- des contraintes occlusales
- la nature des faces occlusales : Adell et Coll. en 1981 signalent un abaissement significatif des fractures d'implant avec des faces occlusales en résine
- un défaut d'ajustage de l'armature métallique
- des dévissages des pièces prothétiques intermédiaires aussi bien en prothèse vissée qu'en prothèse scellée

La fracture de l'implant s'observe toujours sur des implants présentant une résorption osseuse rapide avec perte d'os d'environ 2,5 à 3 mm.
L'implant se fracture lorsque le cône de résorption

osseuse se situe sous le niveau de la vis du pilier dans le filetage interne de l'implant.
La fracture de l'implant est diagnostiquée soit par un problème gingival de type fistule, soit par une mobilité anormale de la restauration prothétique, soit par une constatation radiographique.

La seule solution raisonnable reste sa dépose à l'aide soit d'un trépan adapté réservé à cet usage, soit par l'utilisation de la piezochirurgie, soit en utilisant un extracteur « tourne à gauche ».
Il est nécessaire d'attendre la cicatrisation osseuse avant d'envisager la remise en place d'un nouvel implant. ◆

Bibliographie

1. Brånemark, P.I ; Hanson, B.O ; Adell, R ; Breine, U ; Lindstrom, J ; Hallen, O ; Oham, A ; Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period. *Scand. J. Plast. Reconstr.Surg.* 1997, 1 (Suppl. 16) : 111.132.

2. Adell et coll.- A 15 years study of osseo-integrated implants in the treatment of edentulous jaw. *Int. J. Oral Surg*, 1981, 10 : 387- 416.

3. Adell et coll.- A long terme follow-up study of osseo-integrated implants of totally edentulous jaw. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants*, 1990,5 : 347-359.

4. Albrektsson et coll.- A multicenter study of osseo-integrated oral implants. *J. Prosth. Dent.*, 1988a, 60 : 75-84.

5. Albrektsson - On long term maintenance of the osseo-integrated reponse. *Austral. Prosth. J.*, 1993, 7 : 15-24.

6. Engquist et coll. - A retrospective multicenter evaluation of osseo-integraed implants supporting overdentures. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants*, 1988, 3 : 129-134.

7. Tulasne et Riacchi – Complications des implants dentaires. *J. de Paro. et Implanto. Orale*, 1991, 10 : 219-225.

8. Davarpanah et coll. –Complications et échecs de l'ostéointégration. *J. de paro. et implanto. Orale*, août 1996, vol n°3.

9. Bert – Complications et échecs en implantologie. *Éditions CDP*, 1994

10. Jaffin, R ; Berman, C.L : The exessive loss of Brånemark fixtures in type IV bone : a 5-year analysis. *J. Periodont.* 1991, 62 : 2. 4.

11. Brincat Th. – Complications et échecs en Chirurgie et Prothèse implantaires. Mémoire pour le diplôme universitaire de chirurgie et prothèse implantaires. *Université Claude Bernard*. Lyon : 1993 - 1994.

12. Mombelli A .- Antimicrobial treatment of peri-implant infections. *Clin. Oral Implants Res.* 1992 dec ; 3(4) : 162-8.

13. Mattou et coll. – Les maladies péri-implantaires, prévalence, étiologie et abords thérapeutiques ; *J.P.I.O.* – sept. 2009 Vol.28 n° 3.



Un site internet

pour maîtriser et développer votre image

STAND **ADF**
3M04

RENDEZ-VOUS
SUR NOTRE SITE VITRINE :
www.demo-giweb.fr

+ de 200 combinaisons graphiques

+ de 150 fiches Infos Patient

+ de 70 vidéos 3D

VOTRE SITE WEB
à partir de
29€/mois*

- **Valorisez l'image de votre cabinet et fidélisez vos patients**
- **Démarquez-vous de la concurrence**
- **Optimisez votre temps et communiquez plus rapidement**
- **Recrutez de nouveaux patients**



www.gi-web.fr

Contactez-nous au 04 93 97 10 08

* Pendant 6 mois puis 39€/mois - Hors frais de création - Sans durée d'engagement

Les complications prothétiques en prothèse fixe supra-implantaire

Cet article a pour but de répertorier et d'illustrer les principales complications prothétiques rencontrées lors de la réalisation de prothèses fixes supra-implantaires. On peut diviser les complications prothétiques en deux groupes : les complications prothétiques immédiates et retardées.



Dr Anna CHICHOU
- Docteur en chirurgie dentaire
- Exercice privé Nice



Dr Antoine DISS
- Docteur en chirurgie dentaire
- Ancien interne des hôpitaux de Nice
- Ancien assistant hospitalo-universitaire
- Exercice privé Nice

Les complications immédiates sont inhérentes au positionnement tridimensionnel de l'implant et surviennent lors de la confection prothétique *(Fig. 6, 7)*.
Les complications secondaires, quant à elles, sont des complications de fatigue des composants prothétiques. Elles surviennent après la mise en place de la prothèse. Deux phénomènes expliquent la fatigue des composants. D'une part, une utilisation inappropriée des composants et par conséquent une usure plus rapide de ces derniers et d'autre part, le phénomène d'augmentation d'efficacité masticatoire et de puissance masticatoire après les premiers mois de mise en charge. Lindquist et coll. (1982, 1984) parlent d'une augmentation de plus de 85 % d'efficacité masticatoire après les deux premiers mois de mise en charge chez l'édenté total.
Il sera détaillé dans cet article les différentes complications prothétiques secondaires en prothèse fixe supra-implantaire.

Bibliographie

Nous nous basons sur l'Evidence Based Medecine pour apporter des réponses à ce sujet. Pour cela, il est réalisé une recherche Pubmed avec les mots suivants : « implant fixed protheses », « prosthodontic complications », « technical complications », « mechanical complications », « screw complications », « metal framework fracture », « acrylic veneer fracture », « ceramic veneer fracture ».
Seule 1 étude sur les 8 000 recensées était une méta-analyse [1] et nous allons résumer ses résultats.
La méta-analyse retient 19 études de 1990 à 2008 qui offrent un suivi d'au moins 5 ans de leurs patients.
Ces 19 études ne portent que sur des bridges en résine à infrastructure métallique chez l'édenté complet. Aucune étude sur les bridges en céramique à infrastructure métallique ne présente un suivi de 5 ans.
Les études révèlent différents types d'implants, la plupart à connectique externe, seulement 4 à connectique interne.

Les résultats de cette méta analyse sont rassemblés dans le *tableau 1*.

En résumé, les principales complications chez l'édenté complet à 5 ans sont :
- la fracture d'une facette de résine 30,6 %
- le desserrement de la vis de prothèse 5,3 % ou de la vis de pilier 4,7 %
- la fracture de vis de prothèse 4,1 % ou de la vis pilier 2,1 %
- la fracture de l'armature 3 %
- les déficiences esthétiques 3,1 %
- l'usure des matériaux 17,3 %

Dans ces études un seul facteur de risque est mentionné pour l'ensemble d'entre elles, il s'agit du type de connectique implantaire utilisé (interne ou externe).
Cependant beaucoup d'autres facteurs de risque ne sont pas mesurés. En effet, le nombre d'implants n'est pas toujours mentionné et varie de 4 à 8 implants selon les études. Les parafonctions n'apparaissent pas, de même que la composition de l'arcade antagoniste. L'âge des patients, la maintenance qu'ils ont observée et les détails de la confection de l'armature ne sont pas abordés.
De plus cette méta-analyse ne s'intéresse qu'à des réhabilitations implantaires complètes en résine. Or, on voit arriver d'autres types de complication inhérents à la diversité des applications actuelles en implantologie.
Nous allons donc essayer d'étendre le sujet à l'ensemble des complications prothétiques rencontrées aujourd'hui en cabinet dentaire ainsi qu'à leur gestion.

Étiologies et conduites à tenir *(Tableau 2)*

Mise en pratique

Complications ne nécessitant pas la dépose de l'implant

La gestion des complications prothétiques est un véritable challenge qui peut compromettre la survie implantaire. Voici quelques exemples de gestion de complications prothétiques ne nécessitant pas la dépose de l'implant.











Coins & Matrices

Contentions





Venez nous voir au
CONGRÈS de l'ADF 2012 à Paris

Votre code chance:
POLYDENTIA_1976





www.polydentia.com I info@polydentia.com



Ne cherchez pas l'erreur !
LE FIL DENTAIRE est entièrement gratuit.

Ce qu'il vous en coûte,
c'est de le demander
avant le
30 novembre 2012.

Rendez-vous en page 3
et laissez-vous guider

Études	Type de connexion	Nombre de prothèses	Suivi (an)	Fracture de facette (%)	Dévissage vis de pilier (%)	Fracture vis de pilier (%)	Dévissage vis de prothèse (%)	Fracture vis de prothèse (%)	Fracture d'armature (%)	Déficiences esthétiques (%)	Usure des matériaux (%)
Johansson [2]	E	49	5,2	4,3		1,2		0,4	0,4		1,2
Kallus [3]	E	50	5,4		3,7	0,0	24,8				
Henry [4]	E	15	10,0	15,3		5,3		1,3		0,7	0,7
Watson [5]	E	20	5,0	4,0	6,0	5,0	1,0				
Friberg [6]	E	83	5,0	1,7		0,2			0,2		
Makkonen [7]	I	10	5,0	3,1			2,0		2,0		
Arvidson [8]	I	91	5,0	32,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
Tinsley [9]	E	21	5,0	0,8	0,0	1,9	0,0	0,0	0,9		1,9
Jemt [10]	E	50	5,0	9,2		0,0	2,4	0,0			
Murphy [11]	I	26	5,0	3,1	1,5	0,8	11,5	1,5	0,0		20,0
Davis [12]	E	37	5,0	32,4	2,2	4,3	1,6	2,2	3,8		
Ekelund [13]	E	30	21,4	0,8			3,9	0,3		0,5	
Attard [14]	E	38	11			6,0		18,7	3,8		
Engfors [15]	E	167	5,0	3,9	0,1	0,1	0,1		0,2	0,8	
Örtorp [16]	E	101	5,0	7,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4		
Jemt [17]	E	28	15,0	37,6	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2		
Örtorp [18]	E	112	10,0	4,7	4,7	0,5	0,2		2,9		3,8
Fischer [19]	I	23	5,0	26,1		0,0	1,7	0,0	0,0		
Purcell [20]	E	46	7,9	7,7	1,4	0,5	3,6	2,2	0,0		6,6
Taux cumulatif des complications à 5 ans				30,6	4,7	2,1	5,3	4,1	3,0	3,1	17,3
Taux cumulatif des complications à 10 ans				51,9	9,2	4,3	10,3	8,0	6,0	6,1	31,6
Taux cumulatif des complications à 15 ans				66,6	13,4	6,3	15,0	11,7	8,8	9,0	43,5

Tableau 1 : synthèse de la méta-analyse [1] I : interne, E : externe

Complications	Étiologie	Actions préventives	Traitement de la complication
Usure des composants			
Dévissage de la vis de pilier	Mauvais vissage initial Absence de système anti-rotationnel	Vissage par clé dynamométrique selon recommandation du fabriquant Utiliser un système anti-rotationnel	Revissage, changement de la vis Changement de pilier engageant la partie anti-rotationnelle de la connectique implantaire (PU)
	Trop de contraintes occlusales en latéralité	Équilibration occlusale	Revissage, changement de la vis Équilibration occlusale
	Pilier trop court Connectique externe	Choix d'un pilier assez haut pour protéger sa vis, connectique interne	Changement de pilier Réfection de la prothèse
Fracture de la vis de pilier	Idem	Idem	1. Dévisser délicatement le fragment à l'aide d'une sonde droite en exerçant un mouvement anti-horaire *(Fig. 2, 3)* 2. Utiliser un kit de démontage *(Fig. 11 à 14)* 3. Dépose de l'implant *(Fig. 15, 16)* et repose *(Fig. 17)*
Dévissage de la vis de prothèse	Absence de passivité de l'armature	Contrôle de l'empreinte : clé en plâtre Contrôle de l'armature : - bascule - serrages opposés : test de Sheffield	Réfection de l'armature : - Brasures secondaires et soudures laser - Technique collée vissée
	Mauvais serrage initial Absence de système anti-rotationnel	Utiliser des vis à puits hexagonal : couple de serrage plus important Utiliser une clé dynamométrique Utiliser un système anti-rotationnel	1. Changer la vis à fente contre une vis à hexagone 2. Visser avec une clé dynamométrique au torque recommandé par le fabricant 3. Changement de pilier engageant la partie anti-rotationnelle (PU)
	Compression initiale de la gencive	Éliminer les zones de compression de la muqueuse trop importantes	Revisser à 1 mois après la mise en charge
Fracture de la vis de prothèse	Idem	Idem	1. Sortir la vis fracturée du pilier prothétique à l'aide d'une sonde droite ou d'une fraise à congé diamantée en exerçant un mouvement anti-rotationnel *(Fig. 4)* 2. Changement de la vis de prothèse 3. Réfection de la prothèse si la prothèse n'est pas passive
Fracture de l'armature	Extensions trop longues Alliage de mauvaise qualité Mauvaise conception	Contrôle de l'armature Choix de l'alliage : précieux ou non précieux	Réfection de l'armature : - extensions les plus courtes possible - renforcer l'armature en distal du dernier pilier - hauteur, section et matériau de qualité
Corrosion des matériaux	Alliages semi-précieux ou quart précieux	Comportement neutre pour - alliages précieux riches en or - métaux non précieux (nickel-chrome, cobalt-chrome)	Changement des piliers éventuel Réfection de la prothèse
Fracture de l'implant	- Surcharge occlusale - Perte d'os autour de l'implant - Système implantaire - Diamètre de l'implant - Connectique implantaire	Équilibration occlusale rigoureuse Contrôles réguliers Choix de l'implant en fonction des charges à supporter (diamètre, nombre, connectique)	Dépose de l'implant
Usure des matériaux			
Mauvaise coloration de la résine	- Porosité de la résine - Habitudes du patient	- Changement des habitudes du patient - Choix de résine moins poreuse - Orientation vers de la céramique	1. Dépose et nettoyage laboratoire, polissage 2. Remontage de nouvelles dents
Usure de la résine	- Résistance plus faible que la céramique - Arcade antagoniste	- Choix de résine plus résistante - Port de gouttière	Remontage des dents et réalisation de gouttières occlusales de protection
Fracture de la facette en résine	Pas assez de rétention sur l'armature	Contrôle de l'armature	Ajout d'élément rétenteur avant réparation *(Fig. 1)*
	Occlusion mal réglée	Montage directeur, bridge provisoire Équilibration occlusale	1. Équilibration occlusale en bouche, réparation 2. Révision du schéma occlusal : remontage des dents
	Parafonctions	Gouttières occlusales	Gouttières occlusales
Fracture de la céramique	- Mauvais soutien de la céramique par l'armature - Occlusion mal réglée - Arcade antagoniste	- Contrôle de l'armature - Équilibration occlusale - Choix de la résine - Port de gouttière de protection	Réfection complète de l'élément prothétique
Fusée de ciment	- Prothèse scellée implantaire - Prothèse scellée conventionnelle adjacente à la prothèse implantaire	- Contrôle visuel rigoureux lors du scellement - Contrôle radiographique après scellement	Élimination du fragment *(Fig. 5)* Contrôle radiologique

Tableau 2 : étiologies et conduites à tenir

Complications ne nécessitant pas la dépose de l'implant



Fig. 1 : fracture d'un élément cosmétique en résine : armature pas assez rétentrice



Fig. 2 : fracture de pilier

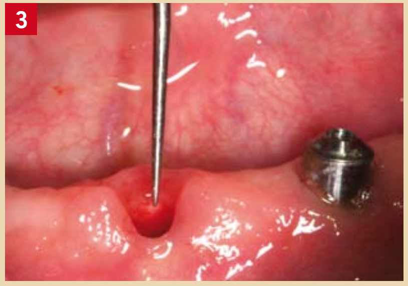


Fig. 3 : dévissage de la partie de la vis fracturée dans l'implant à la sonde droite

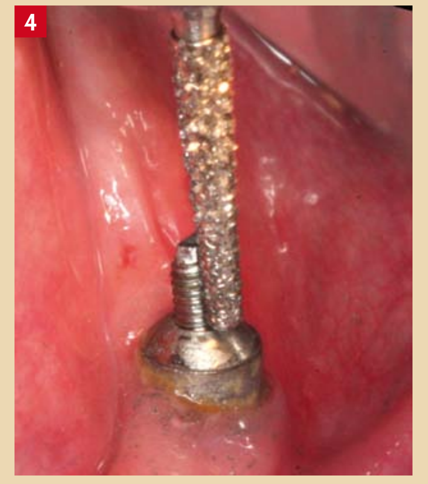


Fig. 4 : dévissage de la partie de la vis fracturée dans le pilier à l'aide d'une fraise à congé diamantée



Fig. 5 : mise en évidence de ciment de scellement sur la partie transgingivale du pilier

La fracture de la vis de pilier laisse un fragment de vis dans l'implant. On dévisse ce dernier avec précaution en exerçant des mouvements anti-horaires à la surface de la fracture à l'aide d'une sonde droite. Cette technique permet de préserver le filetage interne de l'implant *(Fig. 2 et 3)*.
La fracture de la vis de prothèse laisse un fragment de vis dans le pilier empêchant l'accès à la vis de pilier dans le cas de piliers droits. On dévisse le fragment de la même manière que précédemment. Lorsqu'une partie du fragment de vis est accessible, on peut alors s'aider de l'accroche que procure une fraise à congé diamantée pour le dévisser plus rapidement *(Fig. 4)*.
La fusée de ciment est un véritable fléau en implantologie. On la retrouve dans la majeure partie des cas en prothèse implantaire scellée. Voici un cas où une couronne scellée a du être déposée à cause d'une inflammation après scellement.

La fusée de ciment a été mal contrôlée par le praticien et en dévissant la prothèse, on remarque la présence d'un fragment de ciment au niveau de la partie transgingivale du pilier *(Fig. 5)*.

Complications nécessitant la dépose de l'implant

Certaines complications ne peuvent être traitées que par la dépose de l'implant. Voici quelques exemples de ces complications prothétiques.
Le mauvais positionnement de l'implant en 15 rend impossible la réalisation d'une prothèse. C'est une complication prothétique primaire qui nécessite la dépose de l'implant et la repose dans l'axe approprié *(Fig. 6 à 8)*.
Le contrôle radiologique permet d'identifier certaines complications prothétiques. **Une fracture du pilier** est révélée au niveau de l'implant mésial ainsi qu'une péri-implantite des deux implants, plus avancée sur l'implant distal. *(Fig. 9)*.
L'implant distal est retiré *(Fig. 10)*. On tente de retirer le fragment de pilier de l'implant mésial. Après avoir nettoyé rigoureusement la tête de l'implant (pulvérisation d'air et d'eau et dégraissage à l'alcool), une goutte de lubrifiant minéral associé à un dégrippant est déposé et laissé pendant 5 minutes. La fracture est basse et le dévissage à la sonde droite inefficace : le fragment est maté dans la connectique à cause du cône morse. D'autre part, le fragment est trop long pour le laisser vissé au fond de l'implant. On utilise alors un kit de démontage fournit par le fabriquant : tout d'abord un dévisseur monté sur contre-angle *(Fig. 11 et 12)*. Le fragment ne remonte toujours pas, le taraud est alors utilisé et permet de récupérer le filetage de l'implant. On essaie après un rinçage abondant de dévisser le fragment, en vain. On passe donc à l'étape suivante de destruction du fragment en forant au milieu du fragment à l'aide d'un foret tourne-gauche sous forte irrigation, ou monté sur clef *(Fig. 13 et 14)*. Malheureusement le fragment reste bloqué dans l'implant et il est décidé de retirer l'implant mésial. Un comblement osseux avec matériau de comblement et membrane est réalisé, puis 3 mois plus tard, deux nouveaux implants sont posés.

Conclusion

La prothèse supra-implantaire révèle de nombreuses et variées complications prothétiques. De plus, elle tolère moins d'erreur de confection et d'ajustage que la prothèse conventionnelle. Elle demande donc une rigueur particulière vis-à-vis des grands principes prothétiques.
L'explosion des traitements implantaires nous amène à réfléchir à la gestion de ces complications au sein du cabinet dentaire. Si nous avions pour habitude de déposer des couronnes conventionnelles et des tenons radiculaires, il faut comprendre que la gestion des complications prothétiques implantaires demande une approche différente. ◆



Attention !
Plus que **40 jours**

pour vous abonner **gratuitement** au FIL DENTAIRE par mail ou par courrier

Rendez-vous en page 3 et laissez-vous guider

IMPLANTS GENERIQUES
ATANASIO

VOUS L'AVEZ FAIS POUR VOS MÉDICAMENTS, FAITES-LE POUR VOS IMPLANTS DENTAIRES !

Grâce à la société Implants Génériques Atanasio, Les implants dentaires génériques sont maintenant disponibles en France.

Environ 50% moins chers que les implants et les pièces prothétiques originaux des grandes marques.

GARDEZ VOS TROUSSES DE CHIRURGIE
GARDEZ VOS HABITUDES DE POSE
GARDEZ VOS PROTOCOLES
Nous ne sommes pas une société de produits Low Cost !

Contrôle esthétique, dimensionnel, et fonctionnel sur 100% des pièces produites. Notre connaissance technique nous permet d'offrir aux chirurgiens dentistes et aux laboratoires dentaires, des implants génériques et des pièces prothétiques qui sont des copies exactes des leader du marché.

Nous garantissons la qualité du titane grade IV et grade V, l'état de surface, la décontamination, la stérilisation, le packaging et la traçabilité.



OBSERVATIONS HISTOLOGIQUES

Traitement de surface type UNITE-T



Surface cytocompatible



Adhésion tissus osseux



Dispositifs médicaux classe II B CE 0426. Directive 93/42/CEE
UNI EN ISO 13485 2004 (ISO 13485)

Implants Génériques Atanasio
7 allée Maëva 13520 Trets France
contact@implantsgeneriques.com
www.implantsgeneriques.com
+33 (0) 4 42 61 37 59

Bibliographie

1. Bozini T, Petridis H, Garefis K, Garefis P. A meta-analysis of prosthodontic complication rates of implant-supported fixed dental prostheses in edentulous patients after an observation period of at least 5 years. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2011 Mar-Apr ;26(2):304-18.

2. Johansson G, Palmqvist S. Complications, supplementary treatment, and maintenance in edentulous arches with implant-supported fixed prostheses. *Int J Prosthodont*. 1990 Jan-Feb ;3(1):89-92.

3. Kallus T, Bessing C. Loose gold screws frequently occur in full-arch fixed prostheses supported by osseointegrated implants after 5 years. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1994 Mar-Apr ;9(2):169-78.

4. Henry PJ, Bower RC, Wall CD. Rehabilitation of the edentulous mandible with osseointegrated dental implants : 10 years follow-up. *Aust Dent J*. 1995 Feb ;40(1):1-9.

5. Watson RM, Davis DM. Follow up and maintenance of implant supported prostheses : a comparison of 20 complete mandibular overdentures and 20 complete mandibular fixed cantilever prostheses. *Br Dent J*. 1996 Nov 9 ;181(9):321-7.

6. Friberg B, Nilson H, Olsson M, Palmquist C. Mk II : the self-tapping Brånemark implant : 5-year results of a prospective 3-center study. *Clin Oral Implants Res*. 1997 Aug ;8(4):279-85.

7. Makkonen TA, Holmberg S, Niemi L, Olsson C, Tammisalo T, Peltola J. A 5-year prospective clinical study of Astra Tech dental implants supporting fixed bridges or overdentures in the edentulous mandible. *Clin Oral Implants Res*. 1997 Dec ;8(6):469-75.

8. Arvidson K, Bystedt H, Frykholm A, von Konow L, Lothigius E. Five-year prospective follow-up report of the Astra Tech Dental Implant System in the treatment of edentulous mandibles. *Clin Oral Implants Res*. 1998 Aug ;9(4):225-34.

9. Tinsley D, Watson CJ, Russell JL. A comparison of hydroxylapatite coated implant retained fixed and removable mandibular prostheses over 4 to 6 years. *Clin Oral Implants Res*. 2001 Apr ;12(2):159-66.

10. Jemt T, Bergendal B, Arvidson K, Bergendal T, Karlsson LD, Linden B, Rundcrantz T, Wendelhag I. Implant-supported welded titanium frameworks in the edentulous maxilla : a 5-year prospective multicenter study. *Int J Prosthodont*. 2002 Nov-Dec ;15(6):544-8.

11. Murphy WM, Absi EG, Gregory MC, Williams KR. A prospective 5-year study of two cast framework alloys for fixed implant-supported mandibular prostheses. *Int J Prosthodont*. 2002 Mar-Apr ;15(2):133-8.

12. Davis DM, Packer ME, Watson RM. Maintenance requirements of implant-supported fixed prostheses opposed by implant-supported fixed prostheses, natural teeth, or complete dentures : a 5-year retrospective study. *Int J Prosthodont*. 2003 Sep-Oct ;16(5):521-3.

13. Ekelund JA, Lindquist LW, Carlsson GE, Jemt T. Implant treatment in the edentulous mandible : a prospective study on Brånemark system implants over more than 20 years. *Int J Prosthodont*. 2003 Nov-Dec ;16(6):602-8.

14. Attard NJ, Zarb GA. Long-term treatment outcomes in edentulous patients with implant overdentures : the Toronto study. *Int J Prosthodont*. 2004 Jul-Aug ;17(4):425-33.

15. Engfors I, Ortorp A, Jemt T. Fixed implant-supported prostheses in elderly patients : a 5-year retrospective study of 133 edentulous patients older than 79 years. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2004 ;6(4):190-8.

16. Örtorp A, Jemt T. Clinical experiences of computer numeric control-milled titanium frameworks supported by implants in the edentulous jaw : a 5-year prospective study. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2004 ;6(4):199-209.

17. Jemt T, Johansson J. Implant treatment in the edentulous maxillae : a 15-year follow-up study on 76 consecutive patients provided with fixed prostheses. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2006 ;8(2):61-9.

18. Örtorp A, Jemt T. Clinical experiences with laser-welded titanium frameworks supported by implants in the edentulous mandible : a 10-year follow-up study. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2006 ;8(4):198-209.

19. Fischer K, Stenberg T, Hedin M, Sennerby L. Five-year results from a randomized, controlled trial on early and delayed loading of implants supporting full-arch prosthesis in the edentulous maxilla. *Clin Oral Implants Res*. 2008 May ;19(5):433-41. Epub 2008 Mar 26.

20. Purcell BA, McGlumphy EA, Holloway JA, Beck FM. Prosthetic complications in mandibular metal-resin implant-fixed complete dental prostheses : a 5- to 9-year analysis. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2008 Sep-Oct ;23(5):847-57.

Complications nécessitant la dépose de l'implant



Fig. 6 : mauvais positionnement de l'implant 15

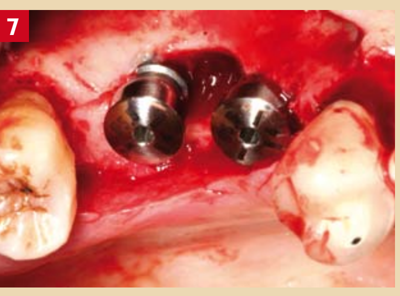


Fig. 7 : repose de 2 implants 15 et 16



Fig. 8 : radiographie postopératoire de contrôle

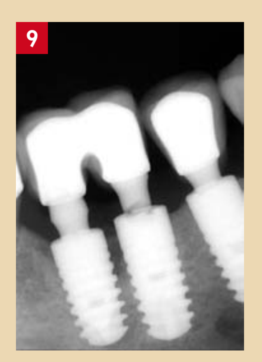


Fig. 9 : radiographie de contrôle des implants 46 mésial et 46 distal

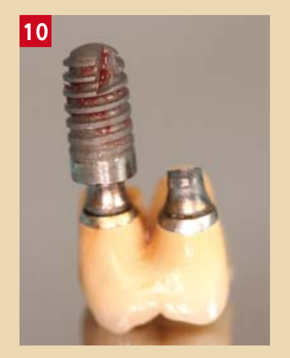


Fig. 10 : dépose de l'implant 46 distal et de la prothèse



Fig. 11 : le dévisseur monté sur contre-angle

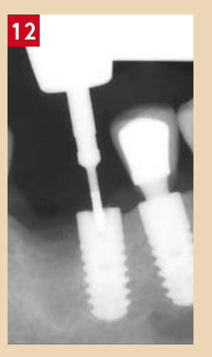


Fig. 12 : radiographie de contrôle de l'instrument en place



Fig. 13 : le foret tourne-gauche monté sur clef

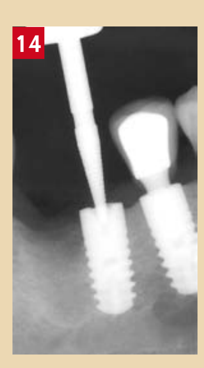


Fig. 14 : radiographie de contrôle de l'instrument en place



Fig. 15 : implant déposé 46 mésial à l'aide de piézochirurgie



Fig. 16 : dépose de l'implant



Fig. 17 : radiographie panoramique de contrôle après repose des 2 implants en 46

Study Club Route 66 aux USA du 28 avril au 6 mai 2013
renseignements et inscriptions : studyclub66@thommenmedical.fr



L'harmonie parfaite de la précision suisse, de l'innovation et du design fonctionnel.

Le système d'implant Thommen se traduit par précision supérieure, sophistication et design fonctionnel. Nos produits ont été développés pour satisfaire les besoins des cliniciens grâce à une combinaison d'expérience, d'expertise et un engagement permanent pour l'innovation. Nos départements de R&D et de fabrication internes permettent la création de produits supérieurs qui dépassent les attentes des patients et simplifient votre vie quotidienne au cabinet et au laboratorie. Branchez-vous sur les ondes de la précision suisse et de l'innovation. Nous nous réjouissons de vous rencontrer pour en parler.

Plus d'informations: **www.implant-thommen.fr**

Cours exceptionnel avec Pr Hürzeler 16 et 17 mai 2013



SWISS PRECISION AND INNOVATION.

Guider son forage en implantologie pour réduire échecs et complications



Dr Frédéric BOUSQUET
- D.S.O Montpellier
- D.U implantologie - Faculté de Marseille 1998
- Post Graduate Paro-implantologie - New York 2005
- fredericbousquet@free.fr

Comme tout traitement médical, la pose d'implants dentaires peut s'accompagner de complications ou d'échecs. La mise en place de solutions pratiques d'organisation permet de réduire le risque de complications et/ou d'échecs au quotidien. Cette organisation pratique doit réduire les causes d'erreurs techniques mais aussi les causes d'erreurs liées aux facteurs humains - souvent dues à un excès de stress [1].

Réduire les erreurs techniques et celles liées aux facteurs humains passe à notre sens par un transfert précis en chirurgie des axes de forage et des points d'émergence pour ainsi permettre de composer efficacement avec l'effet de parallaxe tant redouté lors des poses « à main levée ». On sait actuellement que l'incertitude d'une pose « à main levée », quel que soit le niveau de compétence de l'opérateur [2] génère une incertitude angulaire moyenne de 11,2° ± 5,6° (4,1°/25,3°). Il nous paraît important de rappeler que 1 mm de décalage linéaire au point d'émergence par rapport au projet initial est suffisant dans certains cas pour basculer dans l'échec [3].
Rappelons aussi qu'il faut considérer comme échecs de pose les imprécisions qui peuvent générer à court ou moyen terme des complications : par exemple un mur osseux vestibulaire après forage trop fin pour être stable, ou une position de l'implant inadaptée au maintien des papilles.
Nous avons souhaité dès 2009, intégrer dans notre exercice d'implantologie, un protocole adapté afin de supprimer toutes les erreurs liées à l'incertitude de pose. Ce transfert précis en chirurgie d'une planification nous a permis d'agir sur les causes d'échecs. De plus, cette procédure a permis de réduire les incisions et décollements et donc de minimiser la phase de cicatrisation et ses complications.

Les protocoles de guidage proposés actuellement, reposant sur une planification virtuelle avec néo-création (à partir des données de l'imagerie) d'une gouttière chirurgicale [3], ne nous ont pas convenus pour plusieurs raisons :
- ils génèrent en moyenne une imprécision supramillimétrique [3] – 1,07 mm au point d'émergence et 1,63 mm à l'apex ; en outre, ces systèmes ne proposent pas d'alerte d'éventuels mouvements du patient pendant la phase d'acquisition
- la néocréation de la gouttière à partir des données de l'imagerie (sans certitude d'une acquisition exempte de mouvements du patient) rend la technique peu fiable [3]
- de plus, le coût de mise en œuvre de ces techniques, lié au mode de fabrication de la gouttière, est au final fortement réducteur car une utilisation systématique paraît difficile, leur utilisation occasionnelle n'étant pas le meilleur vecteur pour une action efficace sur les facteurs d'échecs (techniques et humains)

Les études ont montré que l'élaboration de la gouttière en amont de la phase radiologique et son port pendant cette phase d'acquisition permet d'obtenir un niveau de précision submillimétrique (0,2 mm en translation et 1,1° en rotation) [4].
Notre recherche (2009) d'un protocole de forage guidé efficace, précis et applicable dans toutes les situations s'est portée sur le système ACCURATOR® [5] [6]. Depuis 2010, nous utilisons systématiquement ce protocole. Cette approche nous a permis de mettre fin à la gestion hasardeuse du parallaxe des poses « à main levée ». De plus, le protocole opératoire a gagné en simplicité et sécurité.

Présentation du système ACCURATOR®

Technique basée sur une planification par forage sur le modèle en plâtre. Ce forage de diamètre 2 mm se fait en fonction des données cliniques visibles et du couloir prothétique estimé (éventuellement par set up).
Mise en œuvre en 4 étapes :
- planification sur modèle en plâtre par forage (planification des points d'émergence et axes d'implantation en fonction des données cliniques)
- réalisation d'une gouttière au laboratoire qui intègre les axes planifiés ; cette gouttière chirurgicale sera dans un premier temps portée pendant la phase radiologique
- la gouttière permet de reporter sur l'image de l'examen tomographique, les axes planifiés par le jeu de tiges radio-opaques ; l'analyse sur l'image de ces axes planifiés se fait par un logiciel de navigation 3D adapté (logiciel ACCURATOR®) [6]
- si nécessaire, les corrections d'axe seront faites sur le modèle en plâtre selon les indications du logiciel ; la

Cas clinique n°1 : trois implants mandibulaires

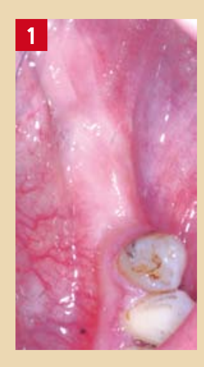


Fig. 1 : vue de la crête édentée zone 35 36 37.



Fig. 2a : une empreinte de l'arcade mandibulaire sera coulée en plâtre de dureté moyenne afin de réaliser les forages dans de bonnes conditions.





Fig. 2b et 2c : les tuteurs droits insérés dans les puits forés permettront de positionner dans la gouttière des gaines de travail correspondant strictement aux axes planifiés. La gouttière est réalisée en orthorésine d'une épaisseur qui lui confère une bonne rigidité, des tiges radio-opaques sont installées dans les gaines pour la phase tomographique.

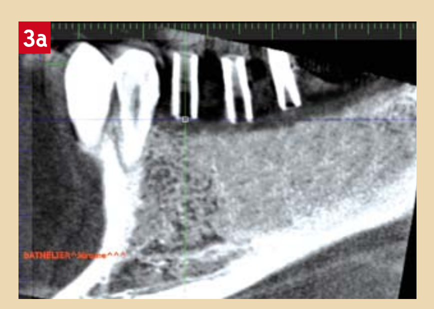




Fig. 3 : le logiciel permet d'analyser les axes planifiés matérialisés sur l'image par les tiges radio-opaques. **3a :** vue longitudinale des trois axes planifiés. **3b :** vue transversale en zone 35 : la correction d'axe de 1 mm en direction linguale est choisie. Elle se fera sur le modèle.



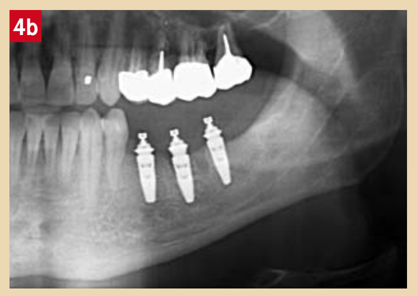


Fig. 4 : la pose des implants (NobelActive® NobelBiocare). **4a :** les tubes-guides de forage (2 mm et 3 mm) permettent de restituer précisément les axes planifiés. Une incision sur la crête et un décollement *a minima* permettent de minimiser les suites opératoires et le décollement périosté. **4b :** radio panoramique : le protocole permet une précision et une sécurité de pose.

gouttière devient guide chirurgical après l'analyse par le logiciel, sa décontamination se fera par les méthodes habituelles

Le guidage par tubes-guides concerne le forage directeur, le forage 3 mm et éventuellement un forage 3,4 mm. Les tubes-guides de forage en alliage de titane sont stérilisés par les méthodes habituelles et insérés dans la gouttière pour le forage concerné.

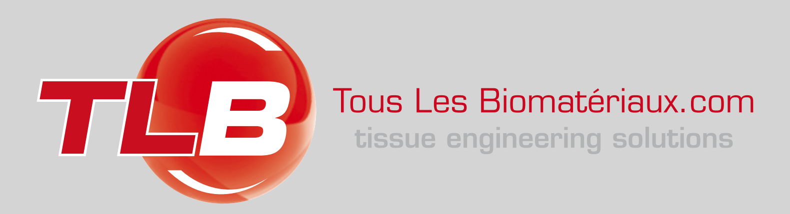
Intérêt de la technique ACCURATOR®

Les appuis de la gouttière (dentaire et/ou muqueux) sont pensés avant la phase radiologique. Dans le cas d'un appui muqueux, un travail de stabilisation minutieux de la gouttière est à faire en bouche (calages occlusaux antagonistes, rebasage en bouche).
Pendant la phase chirurgicale, la gouttière peut être déposée à tout moment. Bien que des procédures non invasives soient appliquées, la technique autorise pendant la phase de forage des contrôles visuels de précision et de la qualité de l'os.
Technique applicable économiquement à tout type d'édentement, elle peut donc être systématisée.

Intérêt du forage guidé en implantologie

Mieux cadrer ses interventions et donc agir sur les causes d'échecs et de complications :

- contrer l'effet de parallaxe : sécuriser son forage
  Optimiser sa phase de forage – l'axe du foret étant établi, l'opérateur peut centrer son attention sur d'autres points importants : passage de la corticale/gestion des points durs/retrait régulier du foret pour l'irrigation. De plus, la lecture de la longueur de forage est facilitée. Elle se fait à distance du site et du lambeau au niveau du tube-guide.
- moins exposer l'os et mieux prévoir la cicatrisation
  Les poses « à main levée » nécessitent de prendre des repères osseux, de réaliser des incisions et décollements dans le but de déterminer le « couloir de forage » après visualisation du profil de la crête. Guider son forage permet de réduire l'étendue des incisions et décollements : notamment moins d'incisions sulculaires et moins de décollement des papilles.
- simplifier les traitements : utiliser au mieux le volume osseux existant afin de repousser les limites de la greffe d'apposition
- améliorer les protocoles, notamment après reconstruction osseuse : intervenir en demi-épaisseur après greffe osseuse
  Intérêt : repositionner et recréer le volume des tissus mous tout en conservant l'intégrité du périoste sur la partie greffée.
- gestion du volume des tissus mous : déplacer des tissus en demi-épaisseur et/ou greffes conjonctives devient le seul objectif du projet d'incision





TLB est une banque de tissus autorisée par l'Afssaps depuis janvier 2011

les solutions **LEADER**

★★★★★

maxgraft®

Avantages :
- Granulométrie : 0,5-2cc
- Volume : 0,5 - 1 - 2 - 4cc
- Coût

Jason®pericardium

Avantages :
- Résorbtion > 4 mois
- Performances incroyables
- Coût

cerabone®

Avantages :
- Résorption lente
- Biocompatibilité
- Coût

www.touslesbiomateriaux.com

49, rue Gioffredo • 06000 NICE • Tél. 04 93 62 91 85 • Fax. 0957 333 256 • Mail : info@tlbm.fr

Cas clinique n°2 : implant unitaire zone molaire mandibulaire



Fig. 1a : cas d'une 36 à implanter.

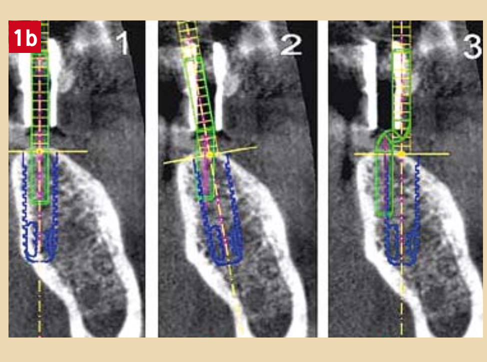


Fig. 1b : analyse par le logiciel ACCURATOR® : correction décidée 10° en direction vestibulaire.



Fig. 2 : pointage de la gencive-gouttière en place avant incision. Incision en volet pour transférer du tissu kératinisé en vestibulaire. Les forages 2 et 3 mm et 3,4 mm sont guidés. Taraudage sans guide.





Fig. 3 : l'implant diamètre 4 x 13 mm (NobelSpeedy® NobelBiocare) est posé.

Fig. 3a : vue supérieure avant la pose du pilier de cicatrisation et des deux points de suture.

Fig. 3b : vue à 3 semaines postopératoires montrant le tissu kératinisé transféré en vestibulaire.

Cas clinique n°3 : édentée totale mandibulaire



Fig. 1 : traitement d'un édentement total à la mandibule par une prothèse ostéo-ancrée type « all on four ». Mise en charge immédiate prévue. Réalisation d'une gouttière à appui muqueux à partir de la prothèse provisoire de mise en charge.

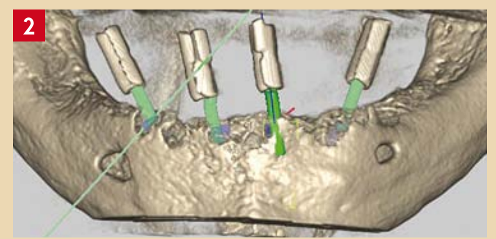


Fig. 2 : vue volumique de la planification réalisée avec le logiciel ACCURATOR.

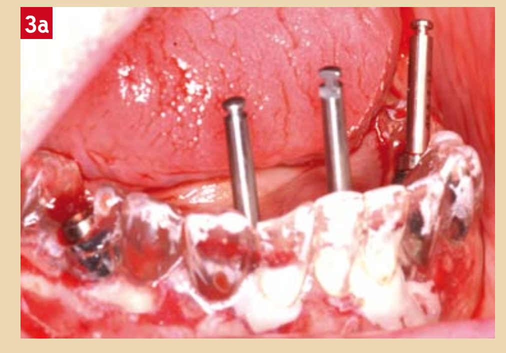




Fig. 3 : la pose des implants.

Fig. 3a : incision et décollement a minima sur le sommet de la crête. Ensuite, les forages antérieurs de diamètre 2 mm seront effectués et suivis d'un clavetage osseux avant de commencer les forages postérieurs. Le clavetage osseux zone 35 est réalisé avant le forage du quatrième site zone 45.

Fig. 3b : pose des quatre implants (NobelActive® – Nobelbiocare) et des piliers dont deux angulés à 30° (Multiunit® – Nobelbiocare). Réalisation de quelques points résorbables.



Fig. 4 : radio panoramique prise en fin d'intervention : transferts d'empreinte en place. Une empreinte sera faite en vue de la transformation au laboratoire de la prothèse provisoire pour une mise en charge le soir même.


MAKE IT SIMPLE


ADF
Stand 3L18 | 28/11-1/12/12

Cas clinique n°4 : implantation dans l'alvéole



Fig. 1 : cas d'une 24 à extraire : projet d'implanter le jour de l'extraction, mise en charge prévue en fin d'intervention ; choix de l'implant (NobelActive® - Nobelbiocare) pour une prise de torque suffisante dans la pente palatine de l'alvéole.

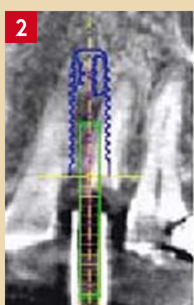


Fig. 2 : procédure ACCURATOR® : forage sur modèle en plâtre, élaboration d'une gouttière thermoformée à appui dentaire.
Analyse par le logiciel de l'acquisition tomographique : nécessité d'une correction d'axe de 10° en distal.

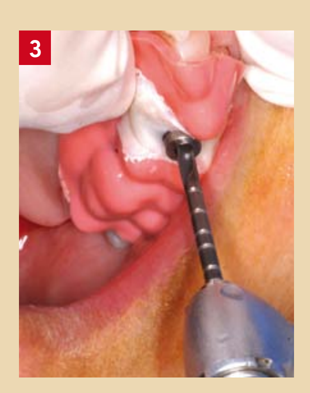


Fig. 3 : le forage directeur guidé 2 mm permet un passage précis de la pente palatine de l'alvéole, la longueur de forage (2 puis 3 mm) est calculée au niveau buccal du tube-guide. Ensuite, passage guidé du foret 3 mm.

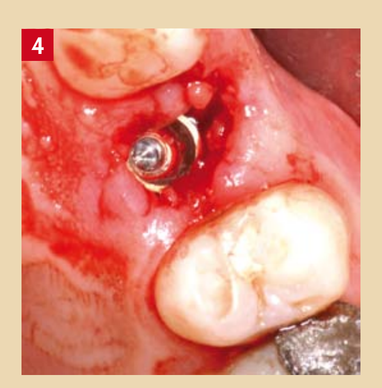


Fig. 4 : inspection de l'alvéole avant la pose d'une membrane en vestibulaire sur la face interne de l'alvéole et comblement de la zone vestibulaire de l'alvéole. La pose de l'implant est faite après le comblement du fond de l'alvéole.
Après la pose de l'implant, le comblement sera finalisé et la membrane viendra fermer l'espace du matériau en revenant sur le col de l'implant. Le pseudo-cône morse du pilier (EstheticAbutment® – NobelBiocare) permet de stabiliser la membrane au col de l'implant.



Fig. 5a : vue de la prothèse d'usage définitive à 6 mois postopératoires.

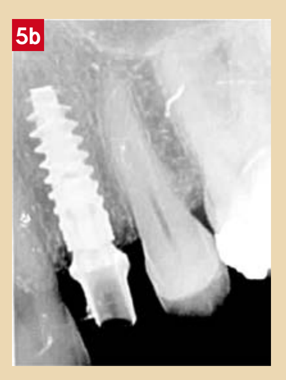


Fig. 5b : radio rétro-alvéolaire montrant la précision de pose.

Discussion

Un constat clinique d'une diminution notable des échecs et complications a été fait depuis la systématisation du forage guidé. Plusieurs idées peuvent être avancées pour expliquer ce constat :

- la planification plus précise des interventions permet d'influer sur les causes d'échecs techniques
- les données intégrées dans la gouttière permettent de rentrer en chirurgie sans « l'incertitude des bons axes de forage » ; de plus, la phase de forage peut être menée sans cette précipitation dans laquelle l'opérateur peut basculer par crainte de perdre l'axe présumé bon ; cette absence de précipitation permet de gérer au mieux les points durs de forage et les plages d'irrigation du foret (retrait complet de la gouttière)
- moins de décollement lors des interventions permet de réduire les complications liées à la cicatrisation, moins de décollement veut dire aussi des anesthésies qui tiennent mieux dans le temps et permettent encore moins de précipitation dans le geste
- en outre, l'effet de fouet du foret (présent quelle que soit la tête de contre-angle) et ses conséquences au niveau de l'os sont réduits par la présence de tubes-guides [7] ; cet effet de fouet est d'autant plus réduit que le tube-guide est proche de l'os [7] et que le jeu entre le tube-guide et le foret est faible [7], il nous paraît intéressant de remarquer que si l'effet de fouet du foret est contenu par un tube-guide, il s'exprime d'autant moins au niveau cortical ; la composante d'échauffement liée est donc réduite dans cette zone où la lyse osseuse est très facilement déclenchée

Conclusion

Après un montage simple sur modèle, le travail des données tomographiques (dentascanner ou CBCT) par un logiciel de navigation 3D adapté permet actuellement de faire évoluer le temps opératoire vers plus de facilité dans le geste, plus de sécurité et vers un meilleur rendement. Ce travail préparatoire de planification et son transfert précis en chirurgie permet de diminuer notablement échecs et complications. ◆

Bibliographie

1. Renouard F, Charrier J.G. À la recherche du maillon faible : initiation aux facteurs humains. *Éditions Ewenn*.

2. Hoffmann J et Co. Accuracy of navigation-guided socket drilling before implant installation compared to the conventional free-hand method in a synthetic edentulous lower jaw model. *Clinical Oral Implants Research*. Vol 16 : issue 5. 2005/609-614.

3. Schneider D et Co. A systematic review on the accuracy and the clinical outcome of computer-guided of templated-based implant dentistry. *Clinical Oral Implants Research*. Vol 20 : (suppl. 4) 2009/73-86.

4. Fortin T, Champleboux G, Bianchi S, Buatois H, Coudert JL. Precision of transfer of preoperative planning for oral implants based on Conebeam CT-scan images through a robotic drilling machine : an in vitro study. *Clinical Oral Implants Research*. Vol 13 : 6, 2002.

5. Chirurgie implantaire guidée : comment mener un protocole à partir d'une planification sur modèle : le système ACCURATOR®. Bousquet F. *Dentoscope* nov. 2010.

6. Technologie CBCT et chirurgie guidée : le système ACCURATOR®. Bousquet F., Birle F. *Implant* mai 2010.

7. Van Assche N., Quirynen M . Tolerance within a surgical guide. *Clinical Oral Implants Research*. Vol 21 : issue 4. 2010/ 455-458.

Prothèses et guides réalisés par
Jacques SCIE - Laboratoire PROTECHNIC
04 67 752 413

Système ACCURATOR®
NUVATORE Sarl
09 61 428 471
www.implant-accurator.com
technique@nuvatore.fr

Cas clinique : lorsque la tête de l'implant se rompt



Dr Armin NEDJAT
- Chirurgien-dentiste spécialisé en implantologie
- Diplomate ICOI
- Concepteur de la méthode MIMI®
- nedjat@t-online.de

Selon la littérature, complications et échecs concernent 5 % des cas traités en implantologie. Les situations étant variées, il est important de partager autant les échecs que les succès auprès des confrères afin que l'apprentissage profite à tous. Ci-dessous nous présentons donc un cas de fracture de tête d'implant monobloc ainsi que sa gestion.

Situation initiale

Fig. 1 et 2 : situation initiale d'un patient de 49 ans, fumeur et souffrant de diabète. Ce dernier présente un édentement total et souhaite avoir une prothèse implanto-portée amovible mais fixée solidement s'il mange ou parle.

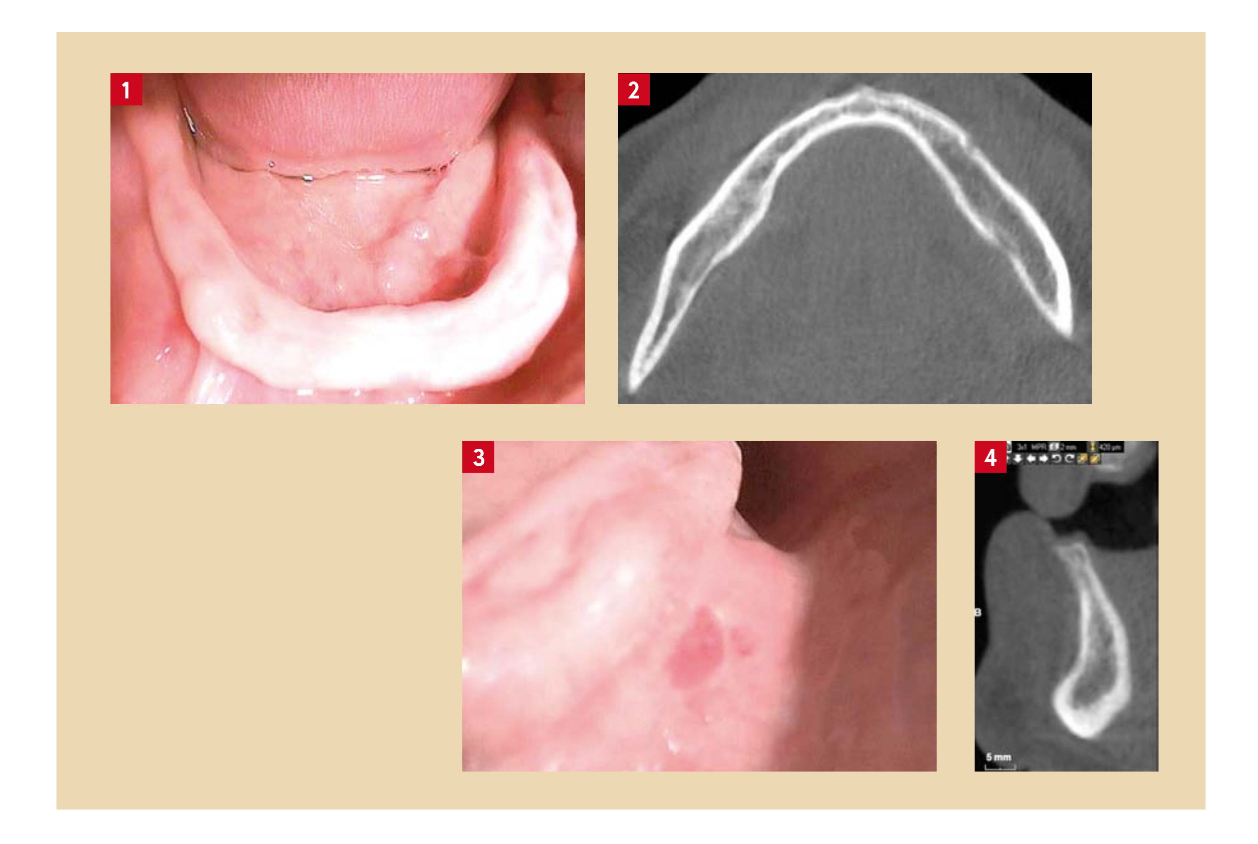
Fig. 3 et 4 : on peut constater un profil osseux délicat. La forme concave de ce dernier augmente le risque de perforation. Nous préconisons (surtout si la chirurgie est transgingivale) de réaliser un DVT 3D préalable.

Chirurgie et complication

Quatre implants « tulipes » (Champions-Implants) sont posés dans la région interforaminale selon la technique MIMI®. Cette méthode d'implantation minimale invasive (MIMI) est réalisée en flapless et utilise des forets coniques à trois faces planes ainsi que des condenseurs. Le but étant d'obtenir une opération invasive *a minima* qui préserve le périoste tout en assurant un ancrage primaire satisfaisant (40 à 70 Ncm).

Après insertion des quatre tulipes, un dernier léger serrage à la clef dynamométrique a été réalisé. Malheureusement pour l'implant 34, la position de la clef dynamométrique était inadaptée, si bien que la force n'était transmise que sur la partie haute de l'implant provoquant une force rotative sur la partie boule et non sur l'implant dans sa totalité. La tête de l'implant s'est donc rompue.

Fig. 5 et 6 : vue de la mandibule et de la tête de l'implant manquante région 34.



Gestion

La dépose de l'implant fut la première solution retenue juste après cet accident « iatrogène », mais l'implant étant en position finale et l'ancrage primaire étant satisfaisant (60 Ncm) il était difficile d'envisager une trépanation osseuse.

Fig. 7 et 8 : nous avons préféré utiliser une « rescue cap » (copie de la tête boule). Cette copie de tête est cémentée avec un ciment verre ionomère (par exemple : Fuji+) sur la partie fracturée au-dessus du col de l'implant.

Après avoir retiré le surplus de ciment (également en sub-gingival), nous réalisons l'empreinte à l'aide de l'ancienne prothèse.

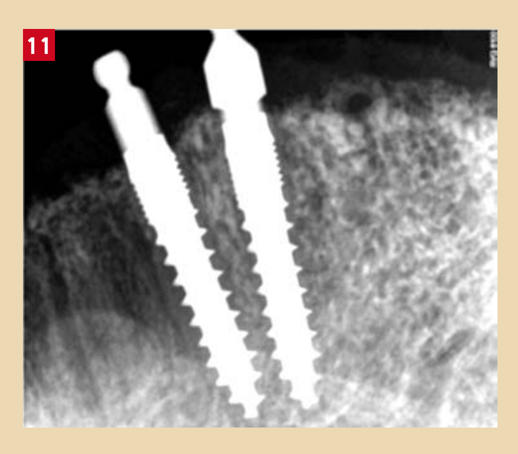
Fig. 9 à 11 : vue postcémentation de la rescue cap. L'excès de cément a été retiré.

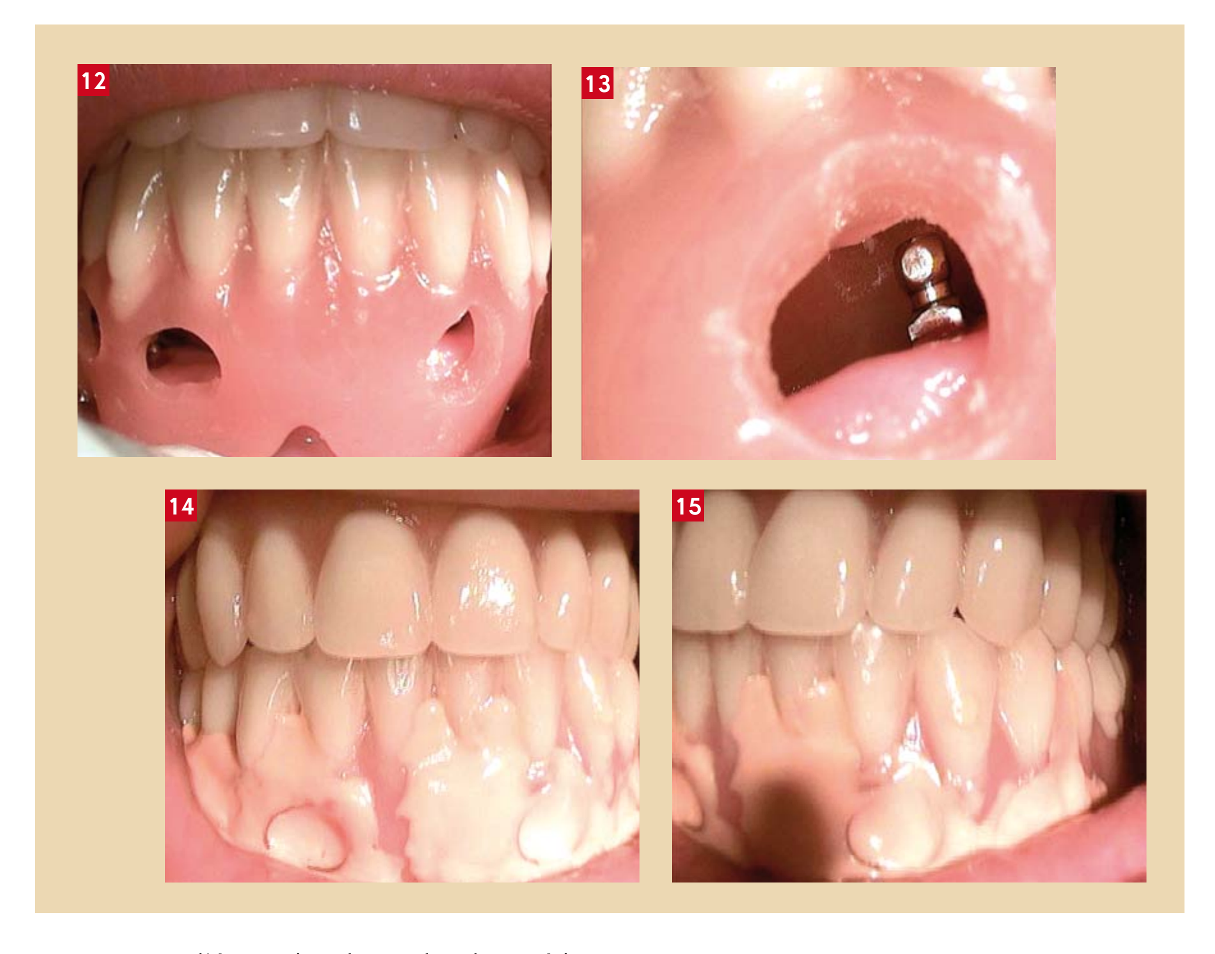
Prothétique et finalisation

Fig. 12 et 13 : nous réalisons des ouvertures dans l'ancienne prothèse du patient en position basale, vestibulaire et linguale. Ces « fenêtres » permettent de conserver la même occlusion qu'auparavant tout









en permettant l'évacuation du surplus de matériau d'empreinte (pour éviter l'augmentation de la dimension verticale d'occlusion). Il est possible d'observer par les ouvertures quel implant serait susceptible d'empêcher l'obtention d'une occlusion identique.

Fig. 14 et 15 : un matériau d'empreinte type polyéther (Impregum) ou un élastomère de silicone est réparti sur la prothèse mandibulaire et l'empreinte est ensuite réalisée.

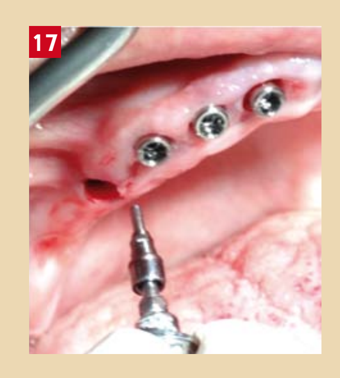
Fig. 16 : prothèse mandibulaire définitive.

Fig. 17 et 18 : implantation de 8 tulipes en méthode MIMI au maxillaire du même patient et dans la même séance que le jour de pose de la prothèse définitive à la mandibule.

Conclusion

La dépose de l'implant peut quelquefois être évitée lorsque celui-ci est en position finale (toutes les spires et microspires en position sub/équi crestale), et si ce dernier possède un ancrage primaire et une situation propices à l'ostéointégration et au succès du traitement implantaire. Nous devons garder à l'esprit néanmoins que la dépose de l'implant reste inévitable dans certains cas tels que des douleurs persistantes.
Bien entendu, ce type de complication lors de la chirurgie peut être évitée simplement avec une attention supplémentaire lors de l'insertion, mais lorsque ce type d'accident arrive, il est important de trouver une solution rapide, sûre, efficace et la moins traumatique possible pour le patient. ◆







Marketing interne : faites preuve de consistance et de persévérance



Dr Edmond BINHAS
■ Fondateur du Groupe Edmond Binhas

Force est aujourd'hui de constater que les cabinets libéraux ont besoin de faire du marketing. Le marketing est devenu le dernier niveau d'organisation indispensable après la technique et le management pour ne pas avoir un développement aléatoire de votre activité. La qualité des traitements est un « ticket d'entrée » mais elle n'est plus suffisante de nos jours. Or le mot « marketing » reste tabou ; il est de manière erronée souvent associé aux termes de « manipulation, d'exploitation commerciale ».

Et pourtant, si l'on y réfléchit un peu, vous en faites déjà inconsciemment tous les jours, lorsque vous adressez un courrier de bienvenue à un nouveau patient ou encore lorsque vous envoyez un courrier à un patient du cabinet qui vous a recommandé un membre de sa famille ou de son entourage, etc. Le marketing n'est donc pas l'apanage des cabinets de spécialistes avec leur réseau de correspondants. Les omnipraticiens sont eux aussi concernés par ce que je nommerais le marketing interne.
Il s'agit d'aller bien au-delà des exemples précités. Le marketing interne, c'est une véritable façon de penser, un plan d'action avec un système de contrôle des résultats. Et deux des aspects les plus importants dans votre programme marketing interne seront la consistance et la persévérance. Sans consistance et persévérance, votre programme marketing connaîtra des fluctuations importantes dans le taux de recommandation au lieu de vous assurer une croissance régulière.

Un programme de marketing interne consistant demande de définir clairement des systèmes internes et externes. Par exemple, cela veut dire demander à vos patients de parler du cabinet dans leur entourage, en somme de vous recommander, d'informer les patients sur votre valeur ajoutée et vos qualifications spécifiques, de proposer une qualité de service exceptionnelle à vos patients, d'organiser fréquemment des événements pour l'animation de votre structure et l'actualité du cabinet. La consistance du marketing ne doit pas dépendre d'une vision à court terme ou de la motivation fluctuante du praticien ou des membres de son équipe. Bien au contraire, votre marketing interne doit être rigoureux, constant et fiable. Flexibilité et réactivité sont des atouts nécessaires pour un *maximum* d'efficacité au niveau du marketing. Les stratégies devront être constamment redéfinies, modifiées ou remplacées pour donner les preuves de votre efficacité et de la créativité de votre équipe par rapport à de nouveaux services conçus et proposés à vos patients.

Du marketing pour éviter les cycles

C'est la consistance et la persévérance dans la qualité et la quantité des stratégies marketing interne qui caractérisent les cabinets les plus performants. Les programmes marketing sont souvent initiés en réponse à une diminution de l'activité ou pour faire face à des changements de l'environnement ou encore pour saisir de nouvelles opportunités (une nouvelle concurrence, une nouvelle cible de patients, des modifications du système de soins ou de remboursements, etc.). Ce type de fonctionnement est une erreur. Ne soyez pas dans la réaction, mais anticipez, soyez pro-actifs.

Il arrive souvent que le praticien et son équipe, pris par le rythme soutenu du cabinet laissent de côté le programme marketing. Pourquoi cela se produit-il ? Je donnerais deux raisons principales :

1- L'activité au cabinet est florissante : le praticien et son équipe trouvent donc moins urgent de faire la promotion du cabinet. D'autant plus que le marketing n'est pas le premier intérêt de la plupart des praticiens, on n'a pas choisi ce métier par « amour » du marketing !
2- La deuxième raison est surtout liée à l'organisation logistique qui sous-tend la réalisation du programme marketing. En effet, il est très difficile pour le praticien et son équipe de maintenir l'intensité des efforts marketing lorsque l'on gère beaucoup de patients. Or, ces mêmes patients ne sont pas arrivés au cabinet par hasard mais grâce aux campagnes de marketing qui ont eu lieu en amont. Le praticien étant plus productif lorsqu'il est au fauteuil, cela peut donc conduire de sa part à l'abandon des efforts marketing. Toutefois, c'est une erreur. Souvent le praticien croit que seule son efficacité au fauteuil compte et voit le marketing comme du temps perdu pour lui et son équipe : d'où l'abandon des efforts marketing. Le développement du fichier patient doit être la principale préoccupation du praticien.

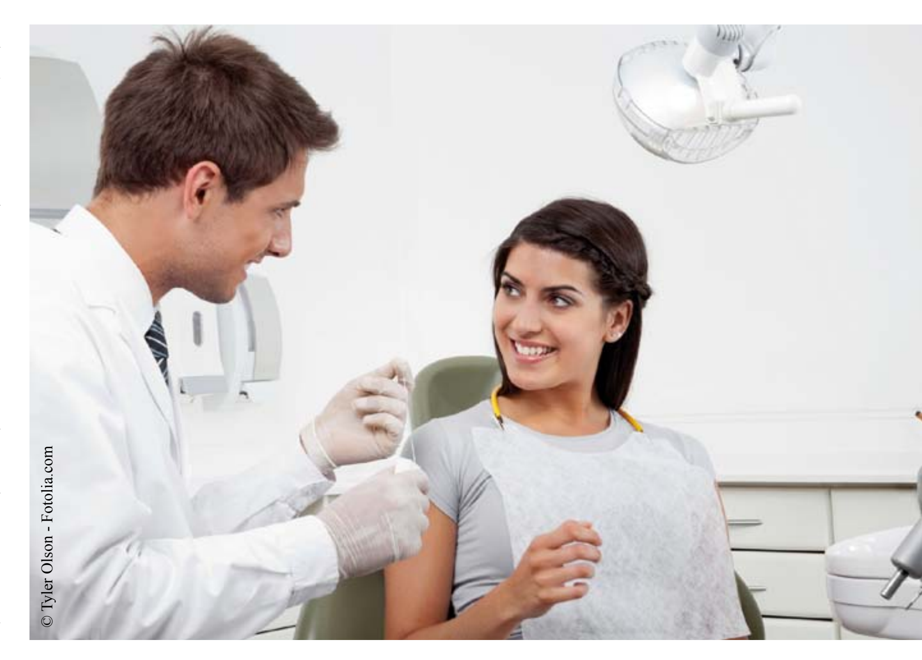
Le marketing interne ne peut pas être vu comme un remède à court terme par rapport à une baisse du nombre de patients adressés ou du niveau de revenus. Un praticien qui se montrerait inconsistant dans ses stratégies connaîtra des cycles de nouveaux patients recommandés au cabinet qui seront complètement irréguliers et ne pourra en comprendre le fonctionnement, sans explication objective.
Bien entendu, cela ne signifie pas qu'il n'y a jamais de fluctuations concernant le nombre de patients adressés au cabinet. Qu'est-ce qui peut générer cette demande irrégulière ? De nombreux praticiens attribuent ces cycles aux variations saisonnières. Ils font le lien entre les périodes où la demande est importante et les vacances où les patients sont généralement plus disponibles pour venir au cabinet. En réalité, ces variations saisonnières ne contribuent que très légèrement à l'irrégularité de la demande. Ces habitudes, peuvent *a contrario* être contrôlées dans le cadre d'un programme marketing bien mené de façon régulière. Même si certaines de ces variations peuvent vous sembler acceptables aujourd'hui, elles peuvent à un moment donné devenir un point de blocage et nuire au bon fonctionnement du cabinet.
Par expérience, nous avons pu constater que les cabinets qui sont consistants et persévérants dans l'intensité et la clarté de leur marketing ne connaissent pas de pics ou de creux sévères qui affectent l'activité comme peuvent le connaître d'autres cabinets. En outre, ils connaissent généralement une augmentation de leur production bien plus importante que leurs homologues.

Conclusion

Je vous invite donc à retenir qu'il est devenu aujourd'hui important de mettre en œuvre un programme marketing interne pour assurer le développement et la pérennité de votre activité. Mais évitez l'écueil qui consiste à commencer à mettre en place un programme marketing - convaincu de son utilité -, pour finalement l'abandonner ou le réduire dans les périodes où vous êtes bousculé. Vous en réduisez fortement l'efficacité sur du long terme. À l'inverse, si vous mettez en place un programme marketing interne consistant, tout en étant persévérant dans les efforts marketing, quel que soit le rythme de votre activité (soutenu, modéré ou faible) et la période, le marketing et ses résultats s'entretiendront d'eux-mêmes et contribueront à une activité florissante dont vous aurez la maîtrise. ◆

CONTACT

Groupe Edmond Binhas
Claudette
5 rue de Copenhague, BP 20057, 13742 Vitrolles Cedex
N° Vert 0 800 521 764
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE
Tél. : 04 42 108 108 - Email : contact@binhas.com
www.binhas.com



© Tyler Olson - Fotolia.com

Exemples de stratégies de marketing interne

- Restez en veille permanente par rapport à l'évolution de votre environnement.
- Interrogez régulièrement vos patients à travers des enquêtes de satisfaction.
- Mettez en place une conférence post-traitement à la fin des travaux de prothèse.
- Uniformisez tous vos supports de communication.
- Optimisez les nouvelles technologies dans la communication avec vos patients.
- Élaborez des scripts avec votre équipe pour répondre aux objections les plus courantes.
- Profitez des réunions d'équipe pour faire remonter des failles ou problèmes dans votre organisation pour ensuite ensemble, trouver des solutions.
- Développez la qualité de service au sein de votre équipe.
- Incitez vos patients existants à la recommandation. Ils doivent être vos ambassadeurs !
- Identifiez vos forces et mettez-les en avant.
- Cherchez à dépasser régulièrement les attentes de vos patients.
- Etc.

Comment **profiter** des **opportunités** de la **crise** ?

Dans toutes les crises il y a des opportunités, il faut les chercher certes, mais elles existent. Si le gouvernement a réduit comme peau de chagrin les possibilités de défiscalisation, la situation de crise, elle, apporte son lot de possibilités d'investissement.



Alain CARNEL
Conseil en gestion de patrimoine

En immobilier

Les programmes d'habitation sont chers, mais on trouve aujourd'hui des biens d'habitation qui sont en baisse parce que leur propriétaires sont dans l'obligation de vendre pour raison de crise. En la matière, une bonne affaire se fait à l'achat. À vous de jouer : cherchez et vous trouverez.
Plus vous négociez à la baisse et plus vous avez de chances de plus-values pour l'avenir ou de rendements supérieurs si c'est de l'investissement locatif.
Profitez-en pour acheter à crédit, qui est toujours bon marché.
Il reste quelques produits d'investissement qui consentent un amortissement du capital et qui vous autorisent à envisager des revenus intéressants pour votre retraite et en partie nets d'impôt. Je pense au LMNP (loueur meublé non professionnel). Attention de bien choisir la société avec laquelle vous allez investir, car le gestionnaire qui doit s'occuper de l'ensemble de la résidence et qui règle les loyers doit être solide.
La SCELLIER PACIFIC présente au-delà de la défiscalisation qui est de 18 000 € + 4 % du revenu imposable jusqu'à la fin de l'année 2012, un intérêt patrimonial :
- imposition sur les revenus fonciers 25 %
- plus-value de revente non imposable
- obligation de location réduite à 5 ans
- le capital investit sort de l'ISF
- exonération de la taxe foncière pendant 10 ans

Ces conditions sont d'autant plus intéressantes pour ceux d'entre vous qui faites un investissement « cash » sans crédit.

Financiers

En assurance-vie, les compagnies d'assurance regorgent d'imagination pour proposer des produits avec des rendements intéressants, comme « les fonds à fenêtre », « les produits structurés », les SCPI de rendements qui dopent les contrats.
Leur contrainte : la durée de l'investissement pendant un certain nombre d'années afin de l'optimiser au maximum. En soi, ce n'est pas un problème puisque vous investissez sur une durée de 8 années, même si certains produits se clôturent à la 5e ou à la 6e année.
Il y a des risques à prendre, mais pensez à diversifier afin de pouvoir rebondir en cas de besoin.

Un exemple : les produits structurés

Une conjoncture économique incertaine

Quatre ans seulement après le début d'une des plus graves crises financières, les marchés financiers évoluent dans l'incertitude et la reprise tarde à venir. Entre les prévisions de hausse des matières premières encouragées par l'instabilité politique dans les pays arabes et la crise monétaire qui divise l'Europe actuellement, les bourses mondiales sont indécises. Et alors que l'année 2011 devait être celle du retour à la croissance, la catastrophe nippone sème de nouveau le trouble chez les investisseurs.
Ce climat de tension offre pourtant de belles perspectives de croissance comme ce fut le cas après la crise des années 2000 et nombreux sont les investisseurs à ne pas savoir que choisir entre la sécurité des produits obligataires et le rendement potentiel des marchés actions.

Les produits structurés, une solution attractive

L'univers des produits structurés offre un panel d'opportunités très vaste aux investisseurs. Il se compose généralement d'une partie obligataire permettant le remboursement du capital à l'échéance et d'une partie dite « optionnelle » indexée sur un actif sous-jacent. Cet actif sous-jacent peut être un indice (le CAC 40 par exemple), un panier d'action, un taux, etc.
Les produits structurés offre une véritable alternative aux placements traditionnels, plus risqués.
Le fort développement qu'ils connaissent depuis plusieurs années s'explique par plusieurs raisons :
- ils offrent des placements avantageux, car pouvant être garantis en capital à l'échéance
- ils sont en général disponibles en contrats d'assurance-vie, en comptes titres et dans certains cas, en PEA
- ils permettent de profiter de certaines conditions de marché inaccessibles aux produits financiers classiques (arbitrage, etc.) ; leur commercialisation est fermement encadrée par l'Autorité des Marchés Financiers et l'Autorité de Contrôle Prudentiel, qui ont entre autres défini des règles fondées sur les obligations de bonne commercialisation
- ils permettent à travers des mécanismes évolutifs de s'adapter à des conditions de marchés changeantes

Les produits structurés sont donc une réponse adaptée aux nouvelles problématiques des marchés financiers. À choisir avec votre conseil afin de bien cerner votre aversion aux risques boursiers.
N'oubliez pas que la diversification est le maître-mot d'une bonne gestion.
Pensez à vos supports sécurisés, les fonds euros ont aussi évolué.
Fidèles lecteurs de notre rubrique et de mes articles, vous vous souvenez certainement de ma constance depuis plusieurs mois à vous préconiser des placements avec des rendements pour des raisons d'allongement de la vie. Aujourd'hui s'y ajoute la fiscalité accrue que la crise et… nos dirigeants nous imposent !
Notamment, en matière de durée de détention, de donations, de réduction des abattements et de droits de succession.
Aussi, pour ceux d'entre vous qui ont mis en place des stratégies d'investissement il serait bon de revoir votre conseil en gestion de patrimoine afin de vérifier la pérennité de ce qui a été mis en place.

La clause bénéficiaire des contrats d'assurance-vie

Les incidences sur la rédaction des clauses bénéficiaires de vos contrats d'assurance-vie sont certainement à revoir en partie.
À ce titre, je suis à votre disposition pour en parler. En effet, il faudra certainement les accorder avec vos régimes matrimoniaux, vos objectifs successoraux et vos besoins financiers en termes de revenus.

Votre retraite

Pensez à votre retraite et à souscrire un contrat de retraite Madelin. En effet celui-ci sera versé en rentes et non en capital : **3 avantages :**

- pas de risque de dilapider son capital
- les rentes sont servies jusqu'à la fin de votre vie donc pas de capital épuisé
- désignation contractuelle et donc libre, du bénéfice de l'assurance décès et de la pension de réversion

Un exemple de contrat Madelin

Le Dr Molaire né le 01 janvier 1960 (il a 50 ans au début des cotisations) verse 500 € par mois, jusqu'en 2025, âge de son départ à la retraite.
Le résultat de la simulation nous donne un aperçu des revenus du Dr Molaire pour sa retraite. Pour une valeur constitutive de 131 829 €.

Rente à vie non réversible : à son décès, le versement de la retraite prend fin.
Taux contractuel garanti 5,0180 % : 6 615,16 € par an.

Rente à vie non réversible avec annuités garanties : le versement des 20 premières annuités étant garanti même s'il venait à disparaître durant leur règlement. Taux contractuel garanti[1] 4,6937 % : 6 187,72 € par an.

Rente à vie réversible à 100 % au profit de la personne qu'il a désignée, né(e) en 1962 : taux contractuel garanti[1] 3,9823 %. La rente lui est versée durant toute sa vie. À son décès, si la personne qu'il a désignée est toujours en vie, la rente lui est versée à hauteur de 100 % et ceci jusqu'à son propre décès. Si cette personne venait à décéder avant lui, le versement de la rente cesserait à son décès. 5 249,76 € par an.

Rente à vie réversible à 100 % avec annuités garanties : réversion au profit de la personne qu'il a désignée, né(e) en 1962. Taux contractuel garanti[1] 3,9670 %. La rente lui est versée durant toute sa vie. À son décès, si la personne qu'il a désignée est toujours en vie, la rente lui est versée à hauteur de 100 % et ceci jusqu'à son propre décès. Si lui-même et cette personne venaient à disparaître avant que les 20 annuités garanties se soient écoulées, le bénéficiaire qu'il aura désigné recevra le montant de la rente jusqu'à épuisement des annuités. 5 229,64 € par an.

Un autre exemple

Le Dr Canine, né le 01 janvier 1980, qui débute son activité en 2008 et souscrit une retraite MADELIN le 01 janvier 2010 (à l'âge de 30 ans). Dans les mêmes conditions financières, il fera apparaître des rentes en 2045, à peu prés 6 fois supérieures à celles du Dr Molaire entre 21 700 € et 26 800 € par an suivant les rentes choisies.

Attention ceci est une simulation et pour des obligations de place, tous les éléments de la simulation ne sont pas mis dans le texte. Celle-ci est faite pour vous donner une image des différentes possibilités à votre disposition et n'engage pas la responsabilité de son rédacteur ni de la compagnie.

En termes d'assurance-vie et de retraite, il existe aujourd'hui des contrats d'assurance-vie qui vous assurent des rentes jusqu'à la fin de votre vie… (minimum d'âge du souscripteur 45 ans)… Quand je vous disais que les compagnies d'assurance-vie débordaient d'**imagination** !

Conclusion

Cherchez les rentes et les rendements. La capitalisation sera la bienvenue, mais dans un 2e temps. Engagez-vous avec votre conseil car les décisions peuvent changer avec le temps. ◆

1. Taux de conversion en rente garanti pour toutes les cotisations versées en application des tables TGF05 et TGH05 au taux technique de 2 %.

AUTEUR

Alain Carnel - CPI Investissements
Conseil en gestion de patrimoine
CIF n°A008700 auprès CIP. asso. agréée AMF
Tél. : 01 43 05 97 80 - Email : cpi_inv@club-internet.fr
www.cpi-investissements.com

Tous vos rendez-vous

PARODONTOLOGIE IMPLANTOLOGIE

25 octobre 2012 à Aubagne
Clinique la Casamance
FORMATION OSTÉOTOME
Dr CHANAVAZ
Frais d'inscription : 650 €
INSTITUT OROFACE - Virginie
Clinique La Casamance
33 bd des farigoules – 13400 Aubagne
Tél : 06 30 08 60 99
Email : institut.oroface@orange.fr
Site : www.institutoroface.com

25 octobre 2012 à Chessy-Marne la Vallée
Centre ITI
LA ZONE ESTHÉTIQUE : GARANTIR LE RÉSULTAT ESTHÉTIQUE GRÂCE À LA ROG
Dr D. BOURDIN
CAMPUS ITI - Frédérique BERTRAND
3 rue de la Galmy - Chessy
77701 Marne -la-Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 09
Email : frederique.bertrand@straumann.com
Site : www.campusitifrance.org

25 octobre 2012 à Paris
PRÉSERVATION TISSULAIRE POST-EXTRACTIONNELLE
Dr KHOURY
GÉNÉRATION IMPLANT - Maïka RUITORT
134 av.des Arènes de Cimiez - 06000 Nice
Tél : 0820 620 017
Site : www.generation-implant.com

25 au 27 octobre 2012 à Paris-
Hôtel Méridien Étoile
LES PRÉLIMINAIRES EN IMPLANTOLOGIE DENTAIRE
SFBSI - Sandra BLYAU
Tél : 01 47 85 65 12 - Fax : 01 47 85 79 28
Email : sfbsi@aol.com - Site : www.sfbsi.com

26 et 27 octobre 2012 à Pau
Dr J. JEANDET
23 et 24 novembre 2012 à Nancy
Drs JL. DEHAYES, J. PENAUD, A. RIMMER, S. ZAFFARZADEH
14 et 15 décembre 2012 à Avignon
Drs S. DUFFORT, P. QUESNEL, B. SALSOU
LA CHIRURGIE IMPLANTAIRE EN OMNIPRATIQUE : DÉMARRER CONCRÈTEMENT EN IMPLANTOLOGIE ET RÉALISER VOS PREMIERS CAS DE CHIRURGIE SOUS 6 MOIS
CAMPUS ITI - Frédérique BERTRAND
3 rue de la Galmy - Chessy
77701 Marne -la-Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 09
Email : frederique.bertrand@straumann.com
Site : www.campusitifrance.org

8 novembre 2012 à Chessy-Marne la Vallée
Centre ITI
PÉRENNISER ET OPTIMISER LE RÉSULTAT ESTHETIQUE EN IMPLANTOLOGIE PAR LA CHIRURGIE MUCO-GINGIVALE
Dr S. DUFFORT
CAMPUS ITI - Frédérique BERTRAND
3 rue de la Galmy - Chessy
77701 Marne -la-Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 09
Email : frederique.bertrand@straumann.com
Site : www.campusitifrance.org

9 novembre 2012 à Paris
FORMATION AUX MATRICES PLASMATIQUES MINERALISÉES
Dr Jean PERISSE
Frais d'inscription : 500 €
ATOLL IMPLANT
16 rue Maurice Fonvieille - 31000 Toulouse
Tél : 05 61 12 41 43 - Fax : 05 62 30 22 21
Email : info@atoll-implant.fr
Site : www.atoll-implant.fr

15 Novembre à Montpellier
CHIRURGIE IMPLANTAIRE GUIDÉE: JOURNÉE DE FORMATION À LA TECHNIQUE ACCURATOR.
Dr Frédéric BOUSQUET
Nuvatore Sarl
Tél : 09 61 42 84 71
Email : technique@nuvatore.fr
Site : www.implant-accurator.com

15 novembre 2012 à Marly (57)
Golf de la Grange aux Ormes
IMPLANTOLOGIE MODERNE : APPLICATION SÉCURISÉE
Dr Renaud NOHARET
Frais d'inscription : 105 €/conférence.+ diner, 75 €/ conférence
FICI IMPLANTS & CORAILL
Dr Michèle WACH-WICKER
Tél : 03 87 58 70 63

15 novembre 2012 à Toulouse
6 décembre 2012 à Toulouse
FORMATION DES JEUDIS DE L'IMPLANT
Dr Jean PERISSE
Frais d'inscription : 1 600 €
ATOLL IMPLANT - Ikrame MAZZOUJ
16 rue Maurice Fonvieille - 31000 Toulouse
Tél : 06 60 59 99 34 - Fax : 05 62 30 22 21
Email : info@atoll-implant.fr
Site : www.atoll-implant.fr

15 et 16 novembre 2012 à Nîmes
FORMATION PROTHÈSE IMPLANTAIRE
Drs ALBARET, JAFFRENOU
GÉNÉRATION IMPLANT - Maïka RUITORT
134 av.des Arènes de Cimiez - 06000 Nice
Tél : 0820 620 017
Site : www.generation-implant.com

15 et 16 novembre 2012 à Nantes
Brit Hôtel
LE POINT SUR LES TECHNIQUES ACTUELLES - DEGRÉ 1
Dr Stéphane DIAZ
Frais d'inscription : 510 €
AOBO - Stéphanie DE THOURY
16 rue Beethoven - 44300 Nantes
Tél : 02 51 89 02 28
Email : aobo@wanadoo.fr - Site : aobo.fr

16 et 17 novembre 2012 à Fleuries (69)
CHIRURGIE GUIDÉE, PLANIFICATION INFORMATIQUE- MODULE 5
AFOPI - Herbert KOCH
89bis rue Pierre Brossolette - 95200 Sarcelles
Tél : 01 39 90 07 73
Email : contact@afopi.com
Site : www.afopi.com

20 novembre 2012 à Rueil-Malmaison
DES SOLUTIONS PROTHÉTIQUES ILLIMITÉES AVEC ASTRA TECH DENTAL
Michel DELESTRADE
ASTRA TECH - Élodie MOSSERI
7 rue Eugène et Armand Peugeot
92563 Rueil-Malmaison Cx
Tél : 01 41 39 22 30 - Fax : 01 41 39 97 42
Email : elodie.mosseri@astratech.com
Site : www.astratechdental.fr

22 novembre 2012 à Chessy-Marne la Vallée
LES IMPLANTS DENTAIRES STRAUMANN TISSUE LEVEL AU LABORATOIRE DE PROTHÈSE
STRAUMANN - Frédérique BERTRAND
3 rue de la Galmy - Chessy
77701 Marne -la-Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 09
Email : frederique.bertrand@straumann.com

22 et 23 novembre 2012 à Bordeaux
Dr NORMAND
7 et 8 décembre 2012 à Nice
Dr DISS
FORMATION PARODONTOLOGIE
GÉNÉRATION IMPLANT - Maïka RUITORT
134 av.des Arènes de Cimiez - 06000 Nice
Tél : 0820 620 017
Site : www.generation-implant.com

22 au 24 novembre 2012 à Paris
Hôtel Méridien Étoile
L'ABORD DE LA CHIRURGIE IMPLANTAIRE-1ÈRE PARTIE
SFBSI - Sandra BLYAU
Tél : 01 47 85 65 12 - Fax : 01 47 85 79 28
Email : sfbsi@aol.com - Site : www.sfbsi.com

29 et 30 novembre 2012 à Aubagne
Clinique la Casamance
FORMATION CHIRURGIE AVANCÉE
Drs CHANAVAZ, ROCHE POGGI, ...
Frais d'inscription : 3 800 €
INSTITUT OROFACE - Virginie
Clinique La Casamance
33 bd des farigoules - 13400 Aubagne
Tél : 06 30 08 60 99
Email : institut.oroface@orange.fr
Site : www.institutoroface.com

5 et 6 décembre 2012 à Paris
FORMATION IMPLANTOLOGIE 4 X 2 JOURS
Dr KHOURY
GÉNÉRATION IMPLANT - Maïka RUITORT
134 av.des Arènes de Cimiez - 06000 Nice
Tél : 0820 620 017
Site : www.generation-implant.com

6 décembre 2012 à Cannes
Azur Eden
OCCLUSION ET IMPLANTOLOGIE
Pr Paul MARIANI, Dr Franck BONNET
F.I.D.E. - Aline
Tél : 04 93 99 72 81 - Fax : 04 92 98 82 33
Email : contact@fide.fr - Site : www.fide.fr

6 décembre 2012 à Marseille
Hôtel Novotel Vieux Port
TECHNIQUE DE CHIRURGIE MUCO-GINGIVALE : DE LA DENT À L'IMPLANT
Dr M. DE SANTIS
SFPIOSE - Dr C. FOUQUE-DERUELLE
271 av. du Prado - 13008 Marseille
Tél : 04 91 22 23 35
Email : cderuelle@marsail.com
Site : sfpiose.blogspot.com

CEIOP

FORMATIONS 2013

Cycle PARODONTOLOGIE

Session 1 : 18-19 Janvier

- Le traitement parodontal non chirurgical
- Surfaçage ultra-sonore et manuel
- La contention

TP sur maquettes et mâchoires de porc

Session 2 : 8-9 Février

- Le traitement parodontal chirurgical
- L'allongement coronaire
- Le traitement des furcations
- La Régénération Tissulaire Guidée

TP sur maquettes et mâchoires de porc




Session 3 : 22-23 Mars

- Chirurgie muco-gingivale : Les clés du succès

TP sur mâchoires de porc
et pièces anatomiques
(Laboratoire Anatomie Bordeaux 2)



Cycle IMPLANTOLOGIE

Session 1 : 5-6 Avril

- L'étude pré-implantaire
- Incisions, Lambeaux, Sutures
- Techniques chirurgicales
- Les différents systèmes implantaires

TP sur maquettes et mâchoires de porc

- Gestion des Tissus mous
- Gestion des pertes osseuses limitées

TP sur mâchoires de porc
et pièces anatomiques
(Laboratoire Anatomie Bordeaux 2)



Session 2 : 24-25 Mai

- Prothèse Supra-implantaire
  Unitaire
  Plurale
  Stabilisée
  Scellée/vissée ?
- Chirurgie et Prothèse assistées par ordinateur
- Concepts occlusaux en Implantologie

TP sur maquettes et articulateurs

Cycle CHIRURGIE AVANCÉE

14-15 Juin

- Gestion des Tissus mous péri-implantaires
- Aménagement sinusien à visée implantaire
- Les prélèvements osseux (Ramus, menton, tubérosité)
- Régénération Osseuse Guidée
- Greffes d'apposition

TP sur mâchoires de porc
et maquettes anatomiques
TP Sinus lift et prélèvement
par piézo-chirurgie
TP sur pièces anatomiques
(Laboratoire Anatomie Bordeaux 2)







Intervenants

Dr Reynald DA COSTA-NOBLE
Dr Yves LAUVERJAT
Dr Rémi COLOMB
Dr Pierre Marc VERDALLE
Dr Arnaud SOENEN
Dr Mathieu PITZ
Dr François VIGOUROUX

Renseignements & INSCRIPTION

Renseignements & Contact :
Stéphanie Colomb
06 26 80 46 43
ceiop@ceiop.com

Je souhaite M'INSCRIRE AUX FORMATIONS pour 2013

- ☐ Cycle PARODONTOLOGIE .... 2 500 €
- ☐ Cycle IMPLANTOLOGIE .... 1 900 €
- ☐ Cycle CHIRURGIE AVANCÉE .... 1 500 €

TOTAL TTC : ....

Agrément CNFCO N° : 06332610-79/31

Chèque à l'ordre du CEIOP.

Vos **RENSEIGNEMENTS** à retourner au



34, rue du Cap de Haut
33320 Eysines - FRANCE

Nom : ....
Prénom :....................
Adresse : ....
....
CP et Ville : ....
Tél : ....
E-mail : ....

6 décembre 2012 à Lyon
Laboratoire d'anatomie faculté de médecine
ANATOMIE, IMPLANTOLOGIE ET DISSECTION
S. VEYRE-GOULET, M. FILLION
CAMPUS ITI - Frédérique BERTRAND
3 rue de la Galmy - Chessy
77701 Marne-la-Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 09
Email : frederique.bertrand@straumann.com
Site : www.campusitifrance.org

6 et 7 décembre 2012 à Göteborg
STAGE DE CHIRURGIE AVANCÉE ASTRA TECH DENTAL GÖTEBORG
M. DONATI, T. ALBREKTSSON, I. ABRAHAMSSON, A. THOR
ASTRA TECH - Élodie MOSSERI
7 rue Eugène et Armand Peugeot
92563 Rueil-Malmaison Cx
Tél : 01 41 39 22 30 - Fax : 01 41 39 97 42
Email : elodie.mosseri@astratech.com
Site : www.astratechdental.fr

7 et 8 décembre 2012 à Chessy-Marne la Vallée
VOLUME OSSEUX INSUFFISANTS
Drs S. LEBORGNE, A. SAFFARZADEH, S. ZARRINE
CAMPUS ITI - Frédérique BERTRAND
3 rue de la Galmy - Chessy
77701 Marne -la-Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 09
Email : frederique.bertrand@straumann.com
Site : www.campusitifrance.org

10 au 14 décembre 2012 à Paris
STAGE DE PARODONTIE MÉDICALE
Dr Jacques CHARON
PARO CONCEPT - Nicolas CODDEVILLE
89 rue Roland - 59000 Lille
Tél : 03 20 34 04 47 - Fax : 03 20 56 90 42
Email : paroconcept@nordnet.fr
Site : www.paroconcept.com

13 décembre 2012 à Lyon
Faculté de médecine, département universitaire d'anatomie
TECHNIQUES IMPLANTAIRES ET DISSECTION EN LABORATOIRE D'ANATOMIE
Pr Pierre BRETON, Dr Thierry SAUVIGNE
Frais d'inscription : 600 €
ANTHOGYR IMPLANTS INSTITUTE
Philippe IWACHOW
2237 avenue André-Lasquin - 74700 Sallanches
Tél : 04 50 58 02 37 - Fax : 04 50 93 78 60
Email : p.iwachow@anthogyr.com
Site : www.anthogyr.com

13 et 14 décembre 2012 à Cannes-
Azur Eden
TRAITEMENT DES ÉDENTÉS TOTAUX
Pr Paul MARIANI, Dr Franck BONNET
F.I.D.E. - Aline
Tél : 04 93 99 72 81 - Fax : 04 92 98 82 33
Email : contact@fide.fr - Site : www.fide.fr

13 et 14 décembre 2012 à Sallanches
Laboratoire d'anatomie
LA GESTION DE L'ESTHÉTIQUE PÉRI-IMPLANTAIRE : COMMENT ÉVITER LA RÉCESSION DES TISSUS MOUS ?
Dr Bernard LAZAROO
ANTHOGYR IMPLANTS INSTITUTE
Philippe IWACHOW
2237 avenue André-Lasquin - 74700 Sallanches
Tél : 04 50 58 02 37
Email : p.iwachow@anthogyr.com
Site : www.anthogyr.com

13 et 14 décembre 2012 à Rueil-Malmaison
FORMATION INITIALE À L'IMPLANTOLOGIE ET À LA PROTHÈSE SUR IMPLANT – 2ÈME SESSION
Drs GIOVANNOLI, RENAUD, DELESTRADE
ASTRA TECH - Élodie MOSSERI
7 rue Eugène et Armand Peugeot
92563 Rueil-Malmaison Cx
Tél : 01 41 39 22 30 - Fax : 01 41 39 97 42
Email : elodie.mosseri@astratech.com
Site : www.astratechdental.fr

13 et 14 décembre 2012 à Chessy-Marne la Vallée
LA MISE EN CHARGE IMMÉDIATE : COMMENT LA METTRE EN PRATIQUE
Drs Y. ALLARD, Y. CHARBIT, P. MAHLER, S. ZARRINE
CAMPUS ITI - Frédérique BERTRAND
3 rue de la Galmy - Chessy
77701 Marne -la-Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 09
Email : frederique.bertrand@straumann.com
Site : www.campusitifrance.org

20 et 21 décembre 2012 à Bordeaux
FORMATION IMPLANTOLOGIE - 3 X 2 JOURS
Dr NORMAND
GÉNÉRATION IMPLANT - Maïka RUITORT
134 av.des Arènes de Cimiez - 06000 Nice
Tél : 0820 620 017
Site : www.generation-implant.com

ESTHÉTIQUE

25 octobre 2012 à La Rochelle
FORMATION ASSISTANTE : T.P. GOUTTIÈRES
P.MIARA
LABOPHARE FORMATION
17 avenue Gustave Eiffel - BP 30216
33708 Mérignac cedex
Tél : 05 56 34 93 22 - Fax : 05 56 34 92 92
Site : www.labophare-formation.fr

25 octobre 2012 à La Rochelle
BLANCHIMENT
P.MIARA
LABOPHARE FORMATION
17 avenue Gustave Eiffel - BP 30216
33708 Mérignac cedex
Tél : 05 56 34 93 22 - Fax : 05 56 34 92 92
Site : www.labophare-formation.fr

4 au 7 décembre 2012 à Aix-en Provence
Grand Hôtel du Roi René
DONNEZ-VOUS LES MOYENS DE RÉUSSIR LE SOURIRE DE VOS PATIENTS - SESSION 2
FAUCHER AJ - PARIS JC - BROUILLET JL - CAMALEONTE G
Frais d'inscription : 685€ / jour
ACADEMIE DU SOURIRE - Béatrice Bretagne
12, cours Sextius - 13100 Aix-en-Provence
Tél : +(33)6 10 37 86 88
Email : beatricebretagne@academie-du-sourire.com
Site : www.academie-du-sourire.com

6 et 7 décembre 2012 à Paris
CRÉEZ L'EXCELLENCE EN ESTHÉTIQUE : L'ESTHÉTIQUE DE A À Z : ADHÉSION TO ZIRCONE THÉORIE, TP ET TRAVAIL SUR PATIENT
GAD CENTER - Cyril GAILLARD
Tél : 06 09 13 52 41
Email : contact@gad-center.com
Site : gad-center.com

OMNIPRATIQUE

25 octobre 2012 à Le Chesnay
EFS
LE BIEN-ÊTRE AU CABINET DENTAIRE
Philipp RACE
ACOSY-FC - Dr Patrice TIJOUX
12 rue de Paris - 78560 Le Port-Marly
Site : www.acosyfc.fr

7,8,9 et 12,13 novembre 2012 à Aix en Provence
28 novembre au 4 décembre 2012 à Paris
FORMATION PCR - PERSONNE COMPÉTENTE EN RADIOPROTECTION
Robert Jammes, Jean Paul PIFERRER
Frais d'inscription : 1 435 €
MEDICONTROLE
70 allée des Oliviers - 13700 Marseille
Tél : 06 26 47 60 81 - Fax : 09 58 10 54 00
Email : medicontrole@free.fr
Site : www.medicontrole.com

15 novembre 2012 à Nice
Palais de la Méditerranée
MEOPA
Dr Joseph CHOUKROUN
Frais d'inscription : 90 €
CEDSCA - Dr RODRIGUEZ
9 bld Albert 1er - 06600 Antibes
Tél : 06 83 22 09 09
Email : charles.rodriguez4@wanadoo.fr
Site : www.cercledentaire.fr

15 novembre 2012 à Caen
13 décembre 2012 à Avignon
FORMATION EN ANESTHÉSIE OSTÉOCENTRALE
AFPAD - Sophie
Tél : 02 41 56 05 53 - Fax : 02 41 56 41 25
Email : sophie@afpad.com
Site : www.afpad.com

16 et 17 novembre 2012 à Paris
Cabinet Dr BULLIER
FORMATION MEOPA
Dr Brigitte BULLIER
DR BRIGITTE BULLIER - Nadia
37 avenue Kleber - 75116 Paris
Tél : 01 44 05 15 15
Site : www.meopa-dentaire.fr

16 et 17 novembre 2012 à Paris
Cabinet Dr BULLIER
FORMATION URGENCES
Dr Brigitte BULLIER
DR BRIGITTE BULLIER - Nadia
37 avenue Kleber - 75116 Paris
Tél : 01 44 05 15 15
Site : www.meopa-dentaire.fr

19 et 20 novembre 2012 à Aix en Provence
10 et 11 décembre 2012 à Paris
RENOUVELLEMENT FORMATION PCR
Robert Jammes, Jean Paul PIFERRER
Frais d'inscription : 598 €
MEDICONTROLE
70 allée des Oliviers - 13700 Marseille
Tél : 06 26 47 60 81 - Fax : 09 58 10 54 00
Email : medicontrole@free.fr
Site : www.medicontrole.com

22 novembre 2012 à Aix en Provence
13 Décembre 2012 à Paris

RADIOPROTECTION DES PATIENTS

Robert Jammes, Jean Paul PIFERRER
Frais d'inscription : 250 €
MEDICONTROLE
70 allée des Oliviers - 13700 Marseille
Tél : 06 26 47 60 81 - Fax : 09 58 10 54 00
Email : medicontrole@free.fr
Site : www.medicontrole.com

23 novembre 2012 à Aix en Provence
14 décembre 2012 à Paris

RADIOPROTECTION : LES BONNES PRATIQUES ET LES CONTRÔLES QUALITÉS

Frais d'inscription : 200 €
MEDICONTROLE
70 allée des Oliviers - 13700 Marseille
Tél : 06 26 47 60 81 - Fax : 09 58 10 54 00
Email : medicontrole@free.fr
Site : www.medicontrole.com

6 décembre 2012 à Paris 3°

UNE JOURNÉE SYMBOLIQUE BUCCALE ET DENTAIRE

Dr Jean-Pierre DUBOIS
Frais d'inscription :
100 € av. 24/11 - 120 € ap. 24/11
DR JEAN-PIERRE DUBOIS
06 24 96 05 31
30 bld Gallieni - 94360 Bry-sur-Marne
Tél : 01 48 81 04 30
Email : duboisjpcab@orange.fr

6 décembre 2012 à Lille

TP RESTAURATIONS CÉRAMO-CÉRAMIQUES : DE LA PRÉPARATION AU COLLAGE

Dr Olivier ETIENNE
Frais d'inscription : 360 €
IVOCLAR-VIVADENT - Sandrine LEGON
219 route de la Chapelle du Puy
74410 Saint-Jorioz
Tél : 04 50 88 64 00
Email : info@ivoclarvivadent.fr
Site : www.ivoclarvivadent.fr

6 décembre 2012 à Limoges

URGENCES MÉDICALES ET RÉANIMATION

J. POUGET
LABOPHARE FORMATION
17 avenue Gustave Eiffel - BP 30216
33708 Mérignac cedex
Tél : 05 56 34 93 22 - Fax : 05 56 34 92 92
Site : www.labophare-formation.fr

12 au 14 décembre 2012 à Montpellier
Hôpital Lapeyronie

DIPLÔME D'UNIVERSITÉ EXPERTISE MAXILLO-FACIALE ET BUCCO-DENTAIRE

Pr B. GUERRIER, Dr P. JAMMET
Frais d'inscription : 1 500 € / avec prise en charge - 750 € / sans prise en charge
UNIVERSITÉ MONTPELLIER 1
371 av. du Doyen G. GIRAUD
34295 Montpellier cx 5
Tél : 04 67 66 05 38 - Fax : 04 67 66 46 53

13 décembre 2012 à Vannes

PROTHÈSES ADJOINTES COMPLÈTES

O. HÜE, MV. BERTERETCHE
LABOPHARE FORMATION
17 avenue Gustave Eiffel - BP 30216
33708 Mérignac cedex
Tél : 05 56 34 93 22 - Fax : 05 56 34 92 92
Site : www.labophare-formation.fr

13 décembre 2012 à Bordeaux

FORMATION THÉORIQUE, PRATIQUE ET CLINIQUE A L'UTILISATION DU MEOPA

UFR D'ODONTOLOGIE - Brigitte PAILLEY
16-20 cours de la Marne - 33082 Bordeaux
Tél : 05 57 57 30 01 - Fax : 05 57 57 30 10
Email : fc-odonto@u-bordeaux2.fr
Site : www.u-bordeaux2.fr

13 décembre 2012 à Le Chesnay
EFS

PHARMACOLOGIE, PRISE EN CHARGE OU NON D'UN PATIENT POLYMÉDIQUE

Dr Odile VAROQUAUX
ACOSY-FC - Dr Patrice TIJOUX
12 rue de Paris - 78560 Le Port-Marly
Site : www.acosyfc.fr

13 décembre 2012 à Épinal

TP SIMPLIFIEZ-VOUS LES COMPOSITES

Pr Hervé TASSERY
Frais d'inscription : 360 €
IVOCLAR-VIVADENT - Sandrine LEGON
219 route de la Chapelle du Puy - BP 118
74410 Saint-Jorioz
Tél : 04 50 88 64 00
Email : info@ivoclarvivadent.fr
Site : www.ivoclarvivadent.fr

13 et 14 décembre 2012 à Lyon

LA DENTISTERIE NEUROMUSCULAIRE EN 5 ÉTAPES - THÉORIE, TP ET TRAVAIL SUR PATIENT

GAD CENTER - Cyril GAILLARD
Tél : 06.09.13.52.41
Email : contact@gad-center.com
Site : gad-center.com

20 décembre 2012 à Clermont-Ferrand

DÉPISTAGE PRÉCOCE DES DYSMORPHOSES CHEZ L'ENFANT : CONDUITE A TENIR.

Drs BOURDILLAT, ROLLET, ABS, MIKOL, CARDOT, BENHAMED
UFSBD
7 rue Mariotte - 75017 Paris
Tél : 01 44 90 93 94 - Fax : 01 44 90 97 82
Email : formation@ufsbd.fr
Site : www.dentistepro.fr

MANAGEMENT

7 et 8 novembre 2012 à Rueil-Malmaison

TECHNIQUES FONDAMENTALES DE MANAGEMENT

Stéphane HUET
ASTRA TECH - Élodie MOSSERI
7 rue Eugène et Armand Peugeot
92563 Rueil-Malmaison Cx
Tél : 01 41 39 22 30 - Fax : 01 41 39 97 42
Email : elodie.mosseri@astratech.com
Site : www.astratechdental.fr

6 décembre 2012 à Paris

EN 2013, GÉREZ VOTRE CABINET COMME UN PRO !

Dr Edmond BINHAS
GROUPE EDMOND BINHAS - Nicole BOURTEAU
ZI les Estroublans
5 rue de Copenhague - BP 20052
13742 Vitrolles Cedex
Tél : 04.42.108.108
Email : n.bourteau@binhas.com
Site : www.binhas.fr/orthodontie

COMMUNICATION

8 au 10 novembre 2012 à Strasbourg

L'HYPNOSE DENTAIRE ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION ERICKSONNIENNES

Claude PARODI, Yves HALFON, Kenton KAISER
ASSOCIATION FRANCOPHONE D'HYPNOSE DENTAIRE
Champ de la Vigne - 79220 Champdeniers
Tél : +33 6 25 51 65 72
Email : info.afhd@gmail.com
Site : www.hypnoteeth.com

22 et 23 novembre 2012 à Sens

S'AFFIRMER, MOTIVER, CONVAINCRE

Marie-Claire HUGLY, Stéphane VAGNARELLI, Michel HULIN
Frais d'inscription : 550 €
IFA-PLUS - Marie-Claire HUGLY
Les Petites Vignes
11 rte de Villeneuve - 89320 Vaumort
Tél : 06 61 26 46 66
Email : marieclaire@hugly.r
Site : www.ifaplus.fr

13 décembre 2012 à Vannes

COMMUNICATION PAR TÉLÉPHONE

MC. TESSON
LABOPHARE FORMATION
17 avenue Gustave Eiffel - BP 30216
33708 Mérignac cedex
Tél : 05 56 34 93 22 - Fax : 05 56 34 92 92
Site : www.labophare-formation.fr

14 décembre 2012 à Paris
Le Méditel

LES ENTRETIENS DE MOTIVATION

Thierry Léonard
Frais d'inscription : 350 €
IFA-PLUS - Marie-Claire HUGLY
Les Petites Vignes
11 rte de Villeneuve - 89320 Vaumort
Tél : 06 61 26 46 66
Email : marieclaire@hugly.fr
Site : www.ifaplus.fr/formation/sante-performance/les-entretiens-de-motivation.php

DIVERS

22 et 23 novembre 2012 à Paris
13 et 14 décembre 2012 à Paris
Institut Français d'Hypnose

HYPNOSE DENTAIRE

Drs P.H. MAMBOURG, P. DIEUDONNÉ, N. UZIEL, M. BLOCH
IFH - contact@ifh.fr
38 rue René Boulanger - 75010 Paris
Tél : 01 42 51 68 84
Email : contact@ifh.fr
Site : www.hypnose.fr/formations-hypnose/formation-hypnose-dentiste.htm

Les Petites Annonces

Octobre 2012

Cabinet Dentaire
Ventes

21 - 20 km de DIJON
Vends cabinet dentaire
le 31 décembre 2013.
Tél. : 06 04 16 57 64
N°12/76/CA/1229

43 - HAUTE-LOIRE Commune dynamique. À 1 heure de Lyon et à 30 minutes du Puy-en-Velay. Cède cabinet dentaire omnipratique.
Tél. : 04 71 65 43 63
ou 06 19 93 04 66
N°12/76/CA/1221

68 – proche COLMAR Belle maison de maître + dépendances, cabinet dentaire 120 m².
Excellent CA. Idéal pour un couple.
Email : chir.dent-68@orange.fr
N°12/76/CA/1209

83 - HYÈRES Cède cabinet tenu 35 ans, avec murs, dans quartier très vivant. Bon matériel et chiffre sur mi-temps.
Tél. : 06 09 98 76 95
N°12/76/CA/1216

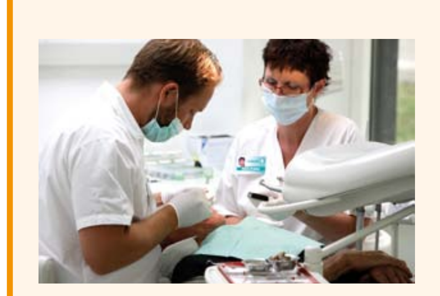
Association

17 - SAINTES URGENT Cause rapprochement conjoint, cherche associé(e) dans SCM 2 praticiens. Cabinet neuf, salle de chirurgie.
alexpouss@yahoo.fr
Tél. : 05 46 93 31 00
N°12/76/AS/1225

Matériel
Spécialisé

Achète TABLES TOURNANTES, VITRINES en FONTE - FER de chirurgien-dentiste, squelettes OSCAR, même abîmés.
Tél. : 06 68 86 07 36
N°12/76/MA/1205bGR

Offres d'Emploi
Praticien



SUISSE ROMANDE, région VALAIS et NORD VAUDOIS.

Adent Cliniques Dentaires SA - 1er réseau de cliniques dentaires roman avec quelques 250 collaborateurs - recherche deux dentistes expérimentés (min 2 ans) et éthiquement irréprochables.

Rejoignez notre équipe et postulez depuis notre site www.adent.ch, rubrique emploi.

N°12/76/OFP/1233

Divers

Achète VIOLONS anciens, VIOLONCELLES, SAXO Selmer dans l'état où ils se trouvent. **Tél. : 06 05 01 81 20**
N°12/76/DI/1212

Sans supplément
votre annonce paraîtra
sur notre site
www.lefildentaire.com

Dans le cadre de son expansion, LE FIL DENTAIRE, leader de la presse dentaire gratuite recherche à temps plein :
- un (e) commercial (e)
- un (e) assistant (e) commercial (e)

5 ans d'expérience min., connaissances du monde dentaire appréciées

Adresser CV, lettre de motivation et photo à : contact@lefildentaire.com

Comment passer une petite annonce



Choisissez votre rubrique :

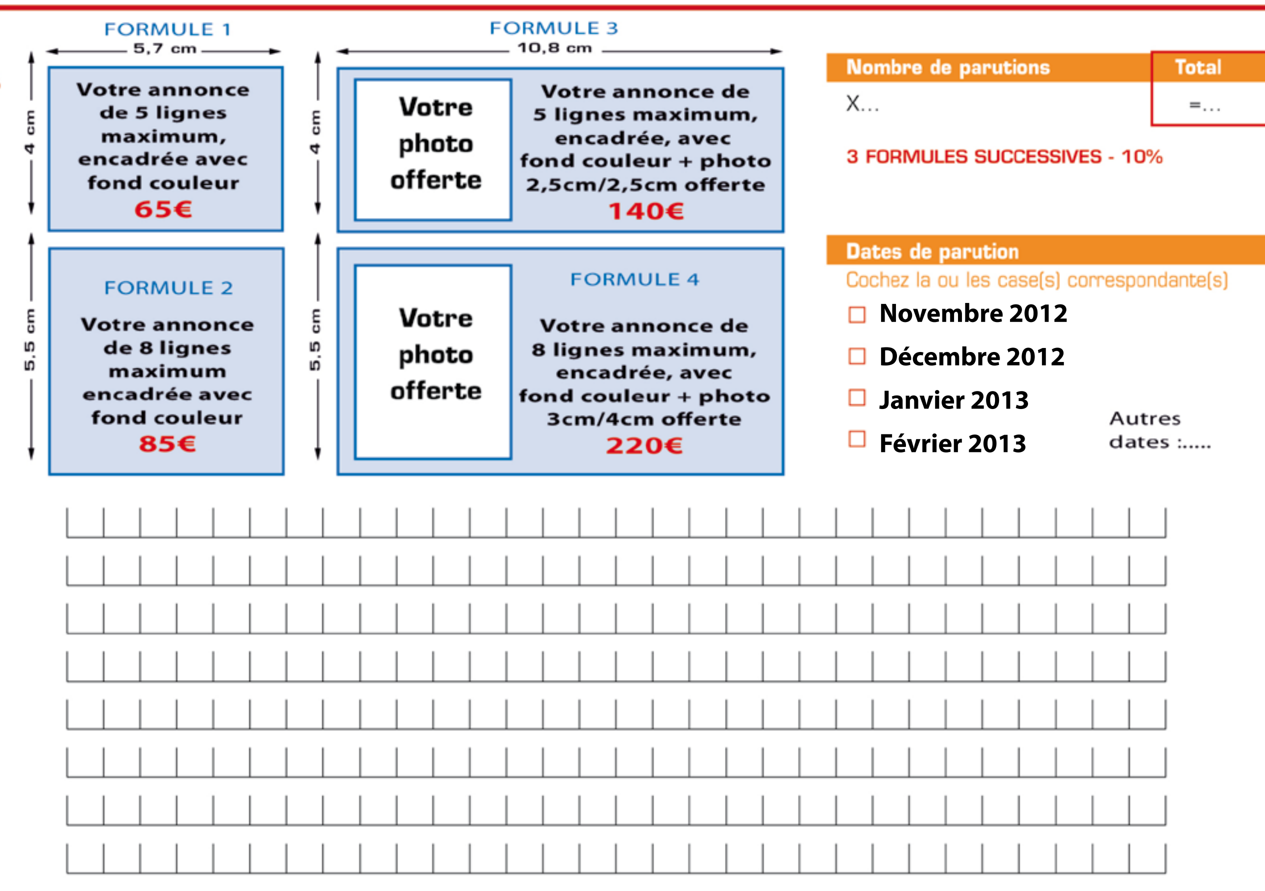
Rubriques	Tarif normal par ligne	Tarif degressif* par ligne	Nombre de lignes	Nombre de parutions	Total
☐ Cabinet Vente/Achat/Loc	10 €	9 €	X...	X...	=...
☐ Association	10 €	9 €	X...	X...	=...
☐ Création	10 €	9 €	X...	X...	=...
☐ Labo Vente/Achat/Loc	10 €	9 €	X...	X...	=...
☐ Offre d'emploi	9 €	8 €	X...	X...	=...
☐ Demande d'emploi	4,5 €	3,5 €	X...	X...	=...
☐ Matériel Spécialisé	14 €	13 €	X...	X...	=...
☐ Divers	14 €	13 €	X...	X...	=...
☐ Villégiatures	14 €	13 €	X...	X...	=...
☐ Particulier	20 €	19 €	X...	X...	=...

* 3 PARUTIONS SUCCESSIVES OU +

Autres services	Tarif	Nombre de parutions	Total
☐ Domiciliation	15 €	X...	=...
☐ Forfait Photo	45 €	X...	=...
☐ Fond couleur	15 €	X...	=...
☐ Encadré	15 €	X...	=...

Total général

ou l'une des 4 formules suivantes :



Nombre de parutions	Total
X...	=...

3 FORMULES SUCCESSIVES - 10%

Dates de parution

Cochez la ou les case(s) correspondante(s)

- ☐ **Novembre 2012**
- ☐ **Décembre 2012**
- ☐ **Janvier 2013**
- ☐ **Février 2013**

Autres dates :.....

Rédigez votre annonce :

Vos coordonnées :

Nom, Prénom ____________________

Adresse ____________________

Code postal ____________ Ville ____________________

Tél ____________ Fax ____________ E-mail ____________

Date ____________ Signature

A renvoyer avec votre règlement par chèque à Le Fil Dentaire

95 rue de Boissy - 94370 Sucy-en-Brie

Tél. : 01 56 74 22 31 - E-mail : pa@lefildentaire.com

Sans supplément votre annonce paraîtra sur internet

www.lefildentaire.com





Tél : 01.48.05.71.88

distribué en exclusivité par www.implantdiscount.fr







X100=3000 €

*Implant Safe Shark ou Safe regular + 1 ps 09 = 80 € valable jusqu'au 15/12/12

Compatibles aux connectiques Zimmer© , MIS© , Alpha bio©...



pilier multi unit 1 mm
angulé 18° ou 30°

Chirurgie restauratrice transvissée

New !

75 €



pilier / transfert 2 en 1

Facilitez vos prises d'empreintes !

35 €





standard ou large
5 different heights



Plastic Cap

